

Е. В. Мозговая, В. В. Абрамченко,
Т. У. Кузьминых, Н. Л. Крамарева

АЛГОРИТМЫ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ РОДОВ

Методические рекомендации

*Рекомендовано Обществом акушеров-гинекологов
Санкт-Петербурга и СЗ РФ*



ex libris
ЖУРНАЛЬ
АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗО РАМН

Е. В. Мозговая, В. В. Абрамченко,
Т. У. Кузьминых, Н. Л. Крамарева

АЛГОРИТМЫ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ РОДОВ

Методические рекомендации

*Рекомендовано Обществом акушеров-гинекологов
Санкт-Петербурга и СЗ РФ*



ИЗДАТЕЛЬСТВО Н-Л
Санкт-Петербург, 2010

УДК 618.19–006
ББК 57.1
М 32

Сведения об авторах:

д. м. н. Е. В. Мозговая, проф. В. В. Абрамченко,
д. м. н. Т. У. Кузьминых, к. м. н. Н. Л. Крамарева

*Под редакцией академика РАМН, заслуженного деятеля науки РФ,
доктора медицинских наук профессора Э. К. Айламазяна*

Рецензент: д. м. н. М. С. Зайнулина

Мозговая Е. В.

М 32 Алгоритмы и тактика ведения патологических родов: методические рекомендации / Е. В. Мозговая, В. В. Абрамченко, Т. У. Кузьминых, Н. Л. Крамарева; Под ред. Э. К. Айламазяна — 2-е изд., испр. и доп. — СПб.: Изд-во Н-Л, 2010. — 60 с. — (Серия *Ex libris* «Журнал акушерства и женских болезней»)

ISBN 978-5-94869-096-4

В методических рекомендациях содержатся стандарты ведения осложненных родов, разработанные в ГУ НИИ АГ им. Д. О. Отта РАМН. Представлены алгоритмы и тактика ведения беременных и рожениц при различной акушерской патологии, в том числе при аномалиях родовой деятельности, преждевременном излитии вод, гестозе, кровотечениях, узком тазе. Пособие предназначено для практикующих врачей акушеров-гинекологов, работающих в акушерских стационарах, а также для аспирантов, клинических ординаторов и студентов старших курсов медицинских ВУЗов.

УДК 618.19–006
ББК 57.1

© ООО «Издательство Н-Л», 2010
© Коллектив авторов, 2010
© «Журнал акушерства и женских болезней», 2010

ISBN 978-5-94869-096-4

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений	5
Группы «высокого риска» по развитию аномалий родовой деятельности	6
Схемы подготовки мягких родовых путей к родам	7
Прелиминарный период	10
Алгоритм методов родовозбуждения.....	12
Тактика ведения беременных с доношенным сроком при преждевременном излитии околоплодных вод	14
Тактика ведения преждевременных родов при преждевременном излитии околоплодных вод (от 28 до 34 нед. беременности)	15
Алгоритм методов родостимуляции.....	18
Дискоординация родовой деятельности	19
Быстрые и стремительные роды. Профилактика кровотечений	21
Диагностика гипоксии плода в родах	22
Анатомически узкий таз	24
Клинически узкий таз	26
Тактика при клиническом несоответствии размеров головки плода размерам таза матери	28
Определение степени тяжести гестоза	29
Ведение родов при сахарном диабете.....	34
Методы определения величины кровопотери.....	35
Комплекс обязательных последовательных мероприятий при гипотоническом кровотечении в раннем послеродовом периоде	37

Алгоритм инфузионно-трансфузионной терапии при массивной акушерской кровопотере	38
Геморрагический шок.....	39
Роженицы, входящие в группу риска по развитию послеродовых гнойно-септических осложнений	41
Профилактика гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде	42
Рекомендуемые схемы обезболивания родов	44
Обезболивание малых акушерских операций	45
Приложения:	
1. Оценка степени зрелости шейки матки	47
2. Определение положения головки плода по отношению к плоскостям малого таза.....	49
3. Модифицированная таблица индексов Рудакова для определения предполагаемой массы плода	51
4. Рекомендуемый шовный материал.....	52
5. Клинические дифференциально-диагностические признаки патологии, сопровождающейся кровотечением во время беременности поздних сроков и в родах.....	53
6. Ориентировочный объем и структура трансфузионных средств в зависимости от объема острой массивной акушерской кровопотери	55
7. Данные коагулограммы при синдроме ДВС.....	56

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- АД — артериальное давление
АЧТВ — активированное частичное тромбиновое время
ГЭК — гидроксиэтилкрахмал
ДЭА — длительная эпидуральная анестезия
ЕД — единица
ИВЛ — искусственная вентиляция легких
КТГ — кардиотокография
НК — нарушение кровообращения
НМГ — низкомолекулярные гепарины
ОЦК — объем циркулирующей крови
ЦВД — центральное венозное давление
- акusherlib.ru

ГРУППЫ «ВЫСОКОГО РИСКА» ПО РАЗВИТИЮ АНОМАЛИЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

К группе «высокого риска» по развитию аномалий родовой деятельности относятся пациентки, имеющие в анамнезе:

- острые и хронические общесоматические или инфекционно-аллергические заболевания;
- позднее и раннее наступление менархе;
- нарушения менструального цикла;
- инфантилизм, аномалии развития половых органов;
- нарушение генеративной функции (длительное бесплодие в анамнезе);
- большое количество аборт в анамнезе;
- воспалительные заболевания гениталий;
- операции на придатках в анамнезе;
- эндокринопатии, в том числе нарушение в числе нарушение липидного обмена (сахарный диабет, ожирение);
- осложненное течение предыдущих родов (аномалии родовой деятельности и др.);
- осложненное течение настоящей беременности (угроза прерывания, гестоз, частые интеркуррентные заболевания);
- донное расположение плаценты;
- возраст первородящей моложе 18 и старше 30 лет;
- отсутствие признаков биологической готовности организма женщины к родам (незрелость шейки матки, отрицательный окситоциновый тест и т. д.).

СХЕМЫ ПОДГОТОВКИ МЯГКИХ РОДОВЫХ ПУТЕЙ К РОДАМ

«Незрелая шейка матки»

1. Ламинарии 1–3 шт. вводятся интрацервикально на 24 часа. Длительность применения 2–3 суток.

Противопоказания:

- воспалительные заболевания гениталий;
- опухоли шейки матки;
- аномалии расположения плаценты;
- преждевременное излитие вод.

2. Синтетические антигестагены (мифепристон).

Антигестагены назначаются в дозе 200 мг (1 таблетка) один раз в сутки перорально, с интервалом 24 часа, в течение 2-х дней.

Если через 24–48 часов после последнего приема антигестагенов родовая деятельность не развилась, назначаются простагландины группы E.

Противопоказания для применения синтетических антигестагенов:

- преждевременное излитие вод;
- тяжелые формы гемолитической болезни плода;
- гестоз тяжелой степени;
- длительная кортикостероидная терапия;
- нарушение свертывающей системы крови;
- хроническая надпочечниковая недостаточность;
- аномалии расположения плаценты;
- нарушение жизнедеятельности плода;
- сахарный диабет с сосудистыми осложнениями;
- наличие тяжелых форм экстрагенитальной патологии.

3. При наличии «незрелой шейки матки» и прелиминарных схваток — инфузия β -адреномиметиков 10 mkg (2 ml) Gyniprali + 400 ml 5% sol. Glucosae или 400 ml 0,9% sol. NaCl) и/или антагонистов кальция (2 ml 0,25% Sol. Verapamili + 200 ml 0,9% sol. NaCl).

Противопоказания для применения β -адреномиметиков:

- заболевания сердечно-сосудистой системы;
- гипертоническая болезнь;
- нарушения сердечного ритма;

- глаукома;
- сахарный диабет 1 типа с сосудистыми осложнениями;
- аденома гипофиза;
- токсический зоб;
- тиреотоксикоз.

Противопоказания для применения антагонистов кальция:

- артериальная гипотония (систолическое артериальное давление (АД) ниже 90 мм рт. ст.);
- тяжелый аортальный стеноз;
- синдром слабости синусового узла;
- атрио-вентрикулярная блокада II–III степени;
- синусовая брадикардия (меньше 50 уд/мин);
- сердечная недостаточность.

«Созревающая шейка матки»

1. Синтетические антигестагены (мифепристон).

Антигестагены назначаются в дозе 200 мг (1 таблетка) один раз в сутки перорально, с интервалом 24 часа, в течение 2-х дней. Если через 24 часа не достигнута оптимальная готовность мягких родовых путей, применяются простагландины группы E.

2. Простагландины группы E.

Простагландины ПГЕ2 (Prepidil) 0,5 мг (3 г геля) вводятся интрацервикально № 2 с интервалом 6 часов на фоне инфузии β-адренормиметиков (10 мкг (2 ml) Sol. Gyniprali + 400 ml 5% sol. Glucosae или 400 ml 0,9% sol. NaCl) и/или антагонистов кальция (2 ml 0,25% Sol. Verapamili + 200 ml 0,9% sol. NaCl). Гель вводится через 30–40 минут после начала инфузии.

Простагландины ПГЕ1 (мизопростол) 25 мкг вводятся интравгинально № 3 с интервалом 3 часа на фоне инфузии β-адренормиметиков (10 мкг (2 ml) Sol. Gyniprali) + 400 ml 5% sol. Glucosae или 400 ml 0,9% sol. NaCl) и/или антагонистов кальция (2 ml 0,25% Sol. Verapamili) + 200 ml 0,9% sol. NaCl)

Противопоказания для применения простагландинов:

- тяжелые формы гемолитической болезни плода;
- гестоз тяжелой степени;
- многоплодная беременность;
- аномалии расположения плаценты;

- тазовое предлежание плода при относительно крупных размерах (масса плода более 3500 г);
- нарушение жизнедеятельности плода;
- тяжелые формы сахарного диабета (инсулинозависимый с сосудистыми осложнениями);
- рубец на матке.

akusher-lib.ru

ПРЕЛИМИНАРНЫЙ ПЕРИОД

Выделяют 2 вида прелиминарного периода:

Физиологический прелиминарный период:

- редкие, слабые, схваткообразные боли внизу живота или в поясничной области;
- нормальный тонус матки;
- продолжительность — не более 6 часов;
- суточный ритм сна и бодрствования не нарушен;
- имеется динамика созревания шейки матки;
- постепенное усиление и учащение схваток переходит в родовую деятельность.

! Физиологический прелиминарный период не требует медикаментозной коррекции.

Патологический прелиминарный период

- продолжительность нерегулярных схваток более 6 часов;
- сокращения матки болезненные, часто нерегулярного характера, перемежающиеся по силе и ощущениям;
- структурных изменений шейки матки (укорочение, сглаживание, раскрытие) не происходит;
- возбудимость и тонус матки повышены;
- нарушается психоэмоциональное состояние беременной, суточный биоритм.

! Патологический прелиминарный период требует медикаментозной коррекции.

Терапия патологического прелиминарного периода

1. Коррекция сократительной активности матки

Токолитическая терапия

β -адреномиметики

- 10 mg (2 ml) Sol.Gyniprali + 400 ml 5% sol. Glucosae или 400 ml 0,9% sol. NaCl внутривенно капельно со скоростью 10-20 капель в 1 минуту в течение 4–6 часов. Сразу после прекращения инфузии 0,5 мг Gyniprali назначается 4–6 раз в сутки в таблетированном виде. С целью купирования побочного эффекта (тахикардии) следует использовать антагонисты кальция (Verapamili 40 мг перорально 2–3 раза в сутки).

Антагонисты кальция

Применяются при наличии противопоказаний к применению других средств (β -адреномиметиков):

- 2 ml Sol. Verapamili + 400 ml 0,9% sol. NaCl, начальная скорость 0,8 мкг/мин (10 капель в минуту).

Tab. Nifedipini 10 mg № 3 перорально с интервалом 15 минут (общая доза 30 мг).

2. Регуляция суточного биоритма

Медикаментозный сон-отдых в ночное время суток или при утомлении беременной.

I схема (применяется внутримышечно):

1. Препараты бензодиазепинового ряда: Sol. Relanii 0,5% 2 ml (10 мг) или Sol. Sibasoni 0,5% 2 ml или Sol. Seduxeni 0,5% 2 ml;
2. Наркотические анальгетики: Sol. Promedoli 2% 1 ml (20 мг) или Fentanili 0,005% 2 ml или ненаркотические опиатные анальгетики: Stadoli 0,2% 1 ml или Tramali 2ml;
3. Антигистаминные препараты: Sol. Dimedroli 1% 2 ml;
4. Спазмолитики: Sol. No-Spani 2 ml или Sol. Halidori 1,5% 2 ml.

II схема (применяется внутривенно в 10 мл физиологического раствора):

1. Sol. Natrii Оxybutirati 20% 10 ml (4 г внутрь);
2. Sol. Fentanili 0,005% 2 ml или Sol. Promedoli 2% 1 ml;
3. Sol. Dimedroli 1% 2 ml;
4. Sol. No-Spani 2 ml или Sol. Halidori 1,5% 2 ml.

3. Профилактика гипоксии плода:

- Sol. Glucosae 5% 500 ml + Sol. Unithioli 5% 5,0 ml + Sol. Ac. Ascorbinici 5% 2 ml;
- Sol. Natrii chloridi 0,9% 200 ml + Sol. Mildronati 10% 5,0 ml;
- Sol. Mildronati 5 ml 10% в/в струйно.

4. Терапия, направленная на «созревание» шейки матки:

- синтетические антигестагены (мифепристон, мифегин 200 мг перорально №2 с интервалом 6 часов);
- простагландины E2 (препидил-гель, цервипрост 0,5 мг интрацервикально дважды с интервалом 6 часов);
- простагландины E1 (мизопростол 25 мкг интравагинально № 3 через 3 часа).

При патологическом прелиминарном периоде и оптимальной биологической готовности к родам показано родовозбуждение.

АЛГОРИТМ МЕТОДОВ РОДОВОЗБУЖДЕНИЯ

I. Родовозбуждение при целом плодном пузыре

ШЕЙКА МАТКИ
НЕЗРЕЛАЯ

ПОДГОТОВКА МЯГКИХ РОДОВЫХ ПУТЕЙ

- при ограничении по времени
- при противопоказаниях к применению синтетических антигестагенов

1. Синтетические
антигестагены

По 1 таб. (200 мг) в
день — 2 суток
(созревание в течение
32–48 часов)

2. Простагландины

- а) гель (E_2) интрацервикально
до № 2 с интервалом 6 часов на фоне
инфузии β -адреномиметиков и/или
антагонистов кальция
- б) (E_1) в таб. — мизопростол 25 мкг ин-
травагинально № 3 с интервалом 3 часа
на фоне инфузии β -адреномиметиков
и/или антагонистов кальция

мониторный контроль за
состоянием плода 1 раз в сутки

мониторный контроль за
состоянием плода 2 раза в сутки

ШЕЙКА МАТКИ НЕЗРЕЛАЯ — КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

ШЕЙКА МАТКИ
СОЗРЕВАЮЩАЯ

- а) гель с простагландином
 E_2 интрацервикально
- б) мизопростол
25 мкг интравагинально

+ при раскрытии
3–4 см ранняя
амниотомия

ШЕЙКА МАТКИ
ЗРЕЛАЯ

при гестозе, многоводии, маловодии,
тенденции к перенашиванию

Родовозбуждение с амниотомией

При отсутствии схваток в течение 4 часов — продолжить родо-
возбуждение (см. схемы с преждевременным излитием вод).

II. Родовозбуждение при преждевременном излитии околоплодных вод

Начинается через 4–6 часов от момента излития вод в зависимости от степени зрелости шейки матки.

ШЕЙКА МАТКИ НЕЗРЕЛАЯ ИЛИ СОЗРЕВАЮЩАЯ:

На фоне инфузии β -адреномиметиков		а) мизопростол (ПГЕ1) 25 мкг интравaginaль- но № 3 с интервалом в 3 часа
		б) мизопростол (ПГЕ1) 50 мкг (разведенный водой) перорально № 3 с интервалом в 4 часа

При отсутствии эффекта в течение 12 часов — кесарево сечение.

ШЕЙКА МАТКИ ЗРЕЛАЯ:

Те же схемы, но без инфузии β -адреномиметиков.

Условия:

1. Антибактериальная терапия через 12 часов безводного периода (при сахарном диабете любого типа — сразу после отхождения околоплодных вод).
2. Термометрия через 3 часа, антибактериальная терапия при лихорадке.
3. В ночное время суток при удовлетворительном состоянии плода — медикаментозный сон-отдых.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ДОНОШЕННЫМ СРОКОМ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

УСЛОВИЯ:

1. При преждевременном излитии околоплодных вод к родовозбуждению приступают через 6 часов.
2. Родовозбуждение следует начинать сразу после поступления беременной в родильное отделение при наличии:
 - сахарного диабета (всех типов);
 - признаков восходящей инфекции;
 - хронической урогенитальной инфекции.
3. Через 12 часов после отхождения околоплодных вод начинают антибактериальную терапию. При сахарном диабете и при лихорадке антибиотики назначают сразу после излития околоплодных вод.
4. Термометрия каждые 3 часа.
5. Профилактика гипоксии плода с использованием средств антиоксидантной защиты.
6. В ночное время суток, при утомлении беременной, в случае отсутствия клинико-лабораторных признаков восходящей инфекции и при благоприятном состоянии плода показан медикаментозный сон-отдых (при недостаточной биологической готовности к родам — мизопропрост перорально по схеме).
7. Дальнейшая медикаментозная терапия (родовозбуждение) зависит от степени готовности организма к родам (см. схемы медикаментозного родовозбуждения).

СХЕМЫ РОДОВОЗБУЖДЕНИЯ:

Шейка матки «незрелая» или «созревающая» :

- | | |
|------------------------|---|
| На фоне инфузии | а) мизопропрост (ПГЕ1) 25 мкг интравагинально
№ 3 с интервалом 3 часа; |
| β-адрено-
миметиков | б) мизопропрост (ПГЕ1) 50 мкг (разведенный
водой) перорально № 3 с интервалом 4 часа |

При отсутствии эффекта в течение 12 часов — кесарево сечение.

Шейка матки «зрелая»: Те же схемы, но без инфузии β-адреномиметиков.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД (от 28 до 34 недель беременности)

I. Активная тактика — роды не задерживают и ведут через естественные родовые пути в случае:

- срока беременности 34 недели и более при массе плода 2500 г и более;
- развития родовой деятельности;
- наличия инфекции;
- гипоксии плода;
- тяжелого соматического заболевания роженицы;
- врожденных пороков развития плода;
- тяжелых форм гестоза.

При активно-выжидательной тактике обязательны:

- динамический контроль температуры тела (каждые 3 часа);
- посев из влагалища на флору и чувствительность к антибиотикам;
- клинический анализ крови 2 раза в сутки с лейкоцитарной формулой;
- анализ крови на С-реактивный белок (1 раз в сутки);
- профилактика восходящей инфекции (антибиотики с учетом чувствительности);
- профилактика гипоксии плода (антиоксиданты, антигипоксанты);
- профилактика дистресс-синдрома плода (при сроке менее 34 недель).

Tab. Dexametazoni 0,005 g по 2 таблетки 4 раза в сутки *per os* в течение 3 дней

Sol. Betamethazoni 12 mg в/м № 2 через 24 часа

Подготовка мягких родовых путей в случае «незрелой» шейки матки.

При появлении признаков восходящей инфекции – медикаментозное родовозбуждение.

Противопоказания к активно-выжидательной тактике:

- признаки восходящей инфекции;
- воспалительные заболевания гениталий;
- неблагоприятные результаты бактериологического исследования влагалищных мазков;
- признаки начавшейся гипоксии внутриутробного плода;
- срок беременности 34 недели и более, масса плода 2500 г и более;
- сахарный диабет (всех типов).

РОДОСТИМУЛЯЦИЯ

I. Перед назначением схемы родостимуляции у соматически здоровых женщин с неосложненной беременностью создают энергетический фон:

Sol. Glucosae 40 % 20,0 ml

Sol. Ac. Ascorbinici 5 % 5 ml внутривенно

Sol. Calcii chloridi 10 % 10,0 ml внутривенно

Sol. Thiamini bromidi (Vit.B1) 5 % 1 ml в/м

Sol. Pyridoxini hydrochloridi (Vit.B6) 5 % 1 ml в/м

При артериальной гипертензии хлористый кальций противопоказан.

II. Профилактика гипоксии плода с использованием средств антиоксидантной защиты:

Sol. Glucosae 5 % 500 ml

Sol. Unithioli 5 % 5 ml внутривенно капельно

Sol. Ac. Ascorbinici 5 % 2 ml

Sol. Natrii chloridi 0,9 % 200–400 ml

Mildronati 5–10 ml внутривенно капельно

III. В ночное время суток, при утомлении роженицы, в случае отсутствия клинико-лабораторных признаков восходящей инфекции и при удовлетворительном состоянии плода показано предоставление медикаментозного сна–отдыха.

IV. При малоподатливых краях маточного зева рекомендуется применение:

- спазмолитиков внутримышечно или внутривенно в 20 мл 40 % раствора глюкозы

Sol. No-Spani 2 % 4 ml

Sol. Papaverini hydrochloridi 2 % 4 ml

- спазмоанальгетиков внутримышечно или внутривенно

Sol. Baralgini 5 ml

- длительной эпидуральной анестезии (ДЭА).

СХЕМЫ РОДОСТИМУЛЯЦИИ

1. В латентной фазе родов (при раскрытии маточного зева до 4–5 см) — у рожениц с первичной слабостью родовой деятельности, при преждевременном или раннем излитии околоплодных вод рекомендуется родостимуляцию проводить простагландинами:

- простагландин E_1 — misoprostol — 25 мкг интравагинально № 3 через 3 часа;

2. В активной фазе родов (при раскрытии маточного зева более 4 см) при вторичной слабости родовой деятельности:

- Sol. Oxytocini 0,2 ml — 1 ЕД № 5 подкожно с 30-минутными интервалами;
- Sol. Oxytocini 1 ml (5 ЕД) на Sol. Natrii chloridi 0,9 % 400 ml — в/в капельно, начиная с 6–8 кап. в мин., увеличивая скорость инфузии каждые 30 мин, но не более 40 кап. в мин.

Инфузию утеротонических средств проводят на фоне обязательного мониторингового наблюдения за состоянием внутриутробного плода (КТГ).

3. При появлении на фоне родостимуляции дискоординированных схваток, гипердинамической формы слабости родовой деятельности, рекомендуется сочетанное введение β -адреномиметиков и утеротоников.

Начинают внутривенную инфузию β -адреномиметика — Sol. Gyniprali 10 mkg 2 ml в 400 ml 0,9 % Sol. Natrii chloridi с частотой 20 капель в минуту — 60 мл/час (1мл= 20кап. = 2 мкг). При необходимости (при повышении базального тонуса матки) скорость инфузии можно увеличить до 40 кап./мин (120 мл/час).

Инфузия β -адреномиметиков может проводиться до конца первого периода родов.

Выявление недостаточного темпа родов при наблюдении за динамикой родовой деятельности в течение 2–4 часов

По клинике и КТГ

По динамике раскрытия маточного зева

При достижении раскрытия маточного зева 3–4 см — ранняя амниотомия

Условия:

1. Энергетический фон
2. Спазмолитики
3. Профилактика гипоксии плода
4. В ночное время – медикаментозный сон при удовлетворительном состоянии плода

ЛАТЕНТНАЯ фаза 1 периода:

а) простагландин E₁ (misoprostol) 25мкг интравагинально № 2–3 через 3 ч

Мониторинг плода:

- КТГ в динамике
- постоянная КТГ

АКТИВНАЯ фаза 1 периода:

а) Охутосин 0,2 ml (1ЕД) п/к № 5 через 30 мин
в) Охутосин с 1ml (5 ЕД) на физ.растворе 400 мл, в/в капельно, начиная с 8 кап/мин

Мониторинг плода:

- КТГ в динамике
- постоянная КТГ
- постоянная КТГ

Отсутствие эффекта в течение 3–4 часов — кесарево сечение.

В конце 1 периода (раскрытие почти полное) и во 2 периоде родов:

инфузия окситоцина 5–10 ЕД.

При отсутствии эффекта в течение 1–2 часов — кесарево сечение.

ДИСКООРДИНАЦИЯ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

С целью лечения дискоординированной родовой деятельности применяют:

I. β -адреномиметики

- Проводят капельное введение одного из β -адреномиметиков, разведенных в 400 мл физиологического раствора или 5%-го раствора глюкозы, с начальной скоростью 8–12 капель в минуту под контролем показателей наружной токографии, с последующим увеличением частоты введения до достижения необходимого эффекта.

Sol. Gyniprali 2 ml 10 mkg

II. Блокаторы кальциевых каналов

- Один из антагонистов кальция разводят в 200 мл физиологического раствора непосредственно перед введением и начинают внутривенную инфузию с начальной скоростью 0,8 мкг/мин (10 капель в минуту). Длительность введения не должна превышать 1 час.

Sol. Finoptini 5 mg

Sol. Verapamili 5 mg

III. Длительную эпидуральную анестезию (при раскрытии маточного зева не менее 4 см).

IV. Анальгетики в/м или в/в (в 10 мл 40 % sol. Glucosae или 0,9 % sol. NaCl):

Sol. Promedoli 2 % 1-2 ml (20-40 mg)

Sol. Baralgini 5,0 ml

V. Спазмолитики в/м или в/в (в 10 мл 40 % sol. Glucosae или 0,9% sol. NaCl):

Sol. No-Spani 2 % 4 ml

Sol. Papaverini hydrochloridi 2 % 4 ml

При нормализации сократительной деятельности матки, но недостаточном темпе раскрытия маточного зева (менее 1 см/ час) применяется родостимуляция.*

- При сглаженной шейке матки и раскрытии маточного зева менее 4 см рекомендуется внутривенное капельное введение простенона 1 мг — 1 мл простенона разводят в 500 мл физиологического

* — родостимуляцию можно проводить на фоне инфузии β -адреномиметиков

раствора. Инфузию начинают со скоростью 6–8 капель в 1 минуту и проводят в течение 3–4 часов (независимо от целостности плодного пузыря).

- При раскрытии маточного зева на 5–6 см и более, при наличии целого плодного пузыря целесообразно произвести амниотомию, и при недостаточной силе схваток через 30–40 минут начать внутривенное капельное введение окситоцина с начальной скоростью 8–10 капель в минуту, при необходимости увеличивая частоту капель максимально до 40 капель в минуту.

akusher-lib.ru

ДИАГНОСТИКА ГИПОКСИИ ПЛОДА В РОДАХ

I. При отсутствии хронической плацентарной недостаточности:

1. Угрожающая гипоксия плода (один из нижеуказанных симптомов):
 - выявление мекония в околоплодных водах;
 - нарушение функционального состояния плода по данным кардиотокографии (КТГ) в виде единичных переменных или поздних децелераций любой степени тяжести или только при снижении амплитуды осцилляций менее трех ударов в минуту*, зарегистрированных после начала родовой деятельности и несвязанной с введением медикаментов.
2. Начавшаяся гипоксия плода:
 - наличие совокупности 2-х симптомов из п.1;
 - нарушение функционального состояния плода по данным КТГ в виде неоднократных децелераций (30 % и более от общего количества зарегистрированных схваток), т. е. нарастание, несмотря на предпринятое лечение, симптомов нарушения функционального состояния плода.

II. При наличии хронической плацентарной недостаточности:

1. Угрожающая гипоксия плода:
 - выявление мекония в околоплодных водах при вскрытии плодного пузыря во время родовозбуждения (при отсутствии гемодинамических нарушений в функциональной системе мать–плацента–плод);
 - нарушение функционального состояния плода по данным КТГ в виде единичных переменных или поздних децелераций легкой степени* (при отсутствии до вступления в роды гемодинамических нарушений в функциональной системе мать–плацента–плод).
2. Начавшаяся гипоксия плода:
 - появление примеси мекония в околоплодных водах, появившаяся в течение периода раскрытия;
 - нарушение функционального состояния плода по данным КТГ в виде единичных переменных или поздних децелераций средней и тяжелой степени*;

* децелерации:

легкой степени — урежение сердцебиения плода на 20 уд/мин;

средней степени — урежение сердцебиения плода на 40 уд/мин;

тяжелой степени — урежение сердцебиения плода на 60 уд/мин от базального уровня

- совокупность симптомов п. 1;
- нарушение функционального состояния плода по данным КТГ неоднократных переменных или поздних децелераций любой степени тяжести.

Диагноз плацентарной недостаточности

Диагноз плацентарной недостаточности — должен включать степень нарушения кровообращения (НК) в гемодинамической системе мать—плацента—плод.

Степени нарушения кровообращения в гемодинамической системе мать—плацента—плод при хронической плацентарной недостаточности:

Степень нарушений	Характер нарушений
I степень	Нарушение маточно-плацентарного или плодово-плацентарного кровотока
II степень	Нарушение и маточно-плацентарного, и плодово-плацентарного кровотока
III степень	Централизация плодово-плацентарного кровообращения, нарушение маточного кровотока
Критическое нарушение плодово-плацентарного кровотока	Нулевой или реверсивный диастолический кровоток в артерии пуповины или аорте плода, нарушение маточного кровотока

Примеры формулировки диагноза:

- Хр. плацентарная недостаточность, компенсированная (НК 0 ст.).
- Хр. плацентарная недостаточность, НК I-III ст.
- Хр. плацентарная недостаточность. Критическое нарушение кровотока.

АНАТОМИЧЕСКИ УЗКИЙ ТАЗ

Классификации по форме:

Форма	d.spinarum	d.cristarum	d.trochanterica	c. externa	c.diagonalis	c.vera
Норма	25–26	28–29	30–31	20–21	12,5–13	11
Поперечно-суженный	24–25	25–26	28–29	20	12,5	11
Просто плоский	23–26	26–29	30	17–18	10–11	8–9
Плоскорихитический	26	26	30	17	9–10	8–9
Общеравномерно-суженный	23–24	26	28	17–18	10–11	8–9
С уменьшением прямого размера широкой части	26	29	30	20	12,5	11
Общесуженный плоский	25	26	31	16	9	7

Классификация по степеням сужения (по величине *c. vera*):

по Литцману (на 2 см):

- I степень — 11–9 см;
- II степень — 9–7,5 см;
- III степень — 7,5–6,5 см;
- IV степень — менее 6,5 см.

по Яковлеву:

- I степень — 10–9 см;
- II степень — 9–8 см;
- III степень — 8–7 см;
- IV степень — менее 7 см.

Диагностика

1. Форма ромба Михаэлиса.
2. Форма живота (первородящие-остроконечный, повторнородящие-отвислый).
3. Высота лонного сочленения и угол.
4. Наружные размеры таза (нет 100 % корреляции с внутренними размерами).
5. Лонно-крестцовый размер (от середины верхнего края симфиза к остистым отросткам 2–3 крестцовых позвонков на 1 см ниже пересечения диагоналей) $N = 21,8$ см (таз с уменьшением прямого размера):
 - боковые конъюгаты КЕРНЕРА (от *s. iliaca ant. superior* к *sp. iliaca posterior superior* одной стороны) $N = 14,5–15$ см;

- косые боковые конъюгаты (от *sp. iliaca ant. superior* к *sp. iliaca posterior superior* разноименных сторон) $N = 22,5$ см;
 - величина окружности таза (через верхний угол ромба Михаэлиса — гребни подвздошных костей — верхний край симфиза) $N = 75$ см;
 - высота симфиза.
6. Размеры выхода таза поперечный ($N = 11$ см), прямой ($N = 10$ см).
 7. Исследование крестцовой впадины.
 8. Рентгенопельвиметрия вне беременности.

Особенности родового акта:

I период родов: слабость родовой деятельности, высокое стояние головки над входом в малый таз, нет разграничения на передние и задние околоплодные воды, выпадение мелких частей плода, восходящая инфекция, ущемление передней губы шейки матки.

II период: вторичная слабость родовой деятельности, чрезмерная родовая деятельность, сдавление мягких тканей родовых путей.

Тактика ведения беременности:

Госпитализация в стационар за 2 недели до родов.

Тактика ведения родов:

1. Кесарево сечение в плановом порядке:
- сужение III–IV степеней.
2. В случае сочетания сужения I–II степени с:
- переносенной беременностью;
 - крупными размерами плода;
 - тазовым предлежанием плода;
 - аномалиями развития половых органов;
 - отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (бесплодие, мертворождение).

Родоразрешение через естественные родовые пути (активно-выжидательная тактика):

- функциональная оценка таза;
- мониторинг за состоянием плода и сократительной деятельностью матки — *родостимуляция противопоказана.*

КЛИНИЧЕСКИ УЗКИЙ ТАЗ

Классификация клинически узкого таза

Три степени (I, II, III) несоответствия при клинически узком тазе (по Р. И. Калгановой).

I степень несоответствия (относительное несоответствие) является характерным образование благоприятных форм вставления головки и механизма родов, свойственных той или иной форме таза, хорошая конфигурация головки. Эти моменты при наличии энергичной родовой деятельности способствуют преодолению головкой препятствия и благополучному исходу родов. Длительность родов больше обычной.

II степень несоответствия или значительное несоответствие между размерами головки плода и размерами таза роженицы и характеризуется следующими признаками:

- 1) особенности вставления головки и механизма родов, свойственные различным формам таза;
- 2) резко выраженная конфигурация головки;
- 3) длительное стояние головки в одной плоскости малого таза;
- 4) аномалия родовой деятельности (вторичная слабость родовой деятельности, бурные схватки, преждевременные потуги);
- 5) симптомы прижатия мочевого пузыря;
- 6) наличие признака Вастена «вровень».

Первые два фактора при наличии энергичной родовой деятельности также способствуют влагалищному родоразрешению, но с определенной угрозой жизни и здоровью ребенка. Длительное стояние головки в одной плоскости и большая продолжительность родов создают несомненную угрозу и здоровью женщины (возможность образования мочеполового свища, инфицирование и др.).

III степень несоответствия (абсолютное несоответствие) между размерами головки плода и размерами таза роженицы — роды через естественные родовые пути живым плодом невозможны.

III степень несоответствия характеризуется следующими признаками:

- 1) особенности вставления головки, присущие определенной форме сужения таза, однако часто возникает механизм родов, не свойственный для данной формы таза;
- 2) отсутствие продвижения головки;
- 3) выраженная конфигурация головки или отсутствие способности головки к конфигурации;
- 4) «положительный» признак Вастена;

- 5) симптомы прижатия мочевого пузыря;
- 6) наличие бурной родовой деятельности, преждевременное появление произвольных безрезультатных потуг;
- 7) симптомы угрожающего разрыва матки (ущемление шейки, отек ее с распространением на наружные половые органы, высокое стояние пограничного кольца).

Для клинической практики имеет смысл выделять относительное и абсолютное несоответствие размеров головки плода размерам таза матери.

akusher-lib.ru

ТАКТИКА ПРИ КЛИНИЧЕСКОМ НЕСООТВЕТВИИ РАЗМЕРОВ ГОЛОВКИ ПЛОДА РАЗМЕРАМ ТАЗА МАТЕРИ

Отсутствие или замедление рододвижения головки
плода при полном или почти полном открытии шейки матки

Исключить вторичную слабость родовой деятельности

Провести дифференциальную диагностику между относительным
и абсолютным клиническим несоответствием
(допускается 30 минут наблюдения
при полном раскрытии шейки матки)

Относительное
несоответствие

Выраженная конфигурация
головки плода.

Вставление головки и механизм
родов, свойственный имеющей-
ся форме сужения таза (максимальное сгибание головки
плода при общеравномерно-
суженном тазе или переднего-
ловное вставление, задний вид
при плоском тазе, начальная
степень переднего или заднего
асинклитизма).

*Роды через естественные
родовые пути*

Абсолютное несоответствие

- Резко выраженная конфигурация головки плода или ее полное отсутствие.
- Неправильное предлежание или вставление головки плода (II и III степень переднего или заднего асинклитизма, разгибательные вставления, высокое прямое стояние стреловидного шва).
- Потуги при высокостоящей головке плода.
- Бурная родовая деятельность.
- Отсутствие поступательного движения головки плода на схватку.
- Признак Вастена положительный или ровень.
- Высокое стояние контракционного кольца (перерастяжение нижнего сегмента матки).
- Отек и ущемление краев маточного зева.
- Симптомы прижатия мочевого пузыря.

*3 и более признаков —
экстренное кесарево сечение*

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ГЕСТОЗА

Определение степени тяжести гестоза

Симптомы	Баллы			
	0	1	2	3
Отеки	нет	на голенях или патологическая прибавка в весе	на голенях и передней брюшной стенке	генерализованные
Протеинурия (белок в г/л)	нет	от 0,033 до 0,132	от 0,132 до 1,0	1,0 и более
Систолическое АД (mm Hg)	ниже 130	от 130 до 150	от 150 до 170	170 и выше
Диастолическое АД (mm Hg)	до 85	от 85 до 90	от 90 до 110	110 и выше
Срок беременности, при котором впервые диагностирован гестоз	нет	36-40 недель	30-35 недель	24-30 недель
Гипотрофия плода	нет	нет	отставание в развитии на 1-2 недели	отставание в развитии на 3 недели и более
Фоновые заболевания	нет	проявление заболевания до беременности	проявление заболевания во время беременности	проявление заболевания до и во время беременности

Степень тяжести гестоза (индекс):

до 7 баллов — легкая форма гестоза;

8-11 баллов — гестоз средней тяжести;

12 и более — тяжелая форма гестоза.

По клинической форме:

Чистый — развивается у соматически неотягощенных пациенток.

Сочетанный — возникает на фоне артериальной гипертензии, заболеваний почек, печени, нейроэндокринной системы и др.

ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛОГО ГЕСТОЗА

Сроки лечения тяжелого гестоза:

Гестоз средней степени — 2 недели.

Гестоз тяжелой степени — 72 часа.

Преэклампсия — 12 часов.

Эклампсия — немедленное родоразрешение (предоперационная подготовка).

1. Лечебно-охранительный режим

- реланиум 5–10 мг в/м
- дормикум 2,5 мг в/м
- дроперидол 5–10 мг в/м 3–4 раза в день

Все диагностические и лечебные манипуляции (влагалищное исследование, инъекции, катетеризация мочевого пузыря и т. д.) проводятся после создания лечебно-охранительного режима

2. Магнезиальная терапия

Дозировка препарата зависит от массы тела и функции почек.

Схемы применения сульфата магния.

I. Гестоз средней степени.

Сульфат магния 25%-й раствор 100 мл через инфузомат без разведения на 18–24 часа.

II. Гестоз тяжелой степени.

Сульфат магния 25%-й раствор 110 мл через инфузомат без разведения на 18–24 часа.

III. Преэклампсия.

Сульфат магния 25%-й раствор 120 мл через инфузомат без разведения на 18–24 часа.

Скорость введения препарата 5–7 мл/час (1 г сухого вещества/час).

Во время введения сульфата магния необходимо проводить контроль за:

- уровнем АД;
- частотой дыхания;
- почасовым диурезом;
- сухожильными рефлексами.

При инфузии сульфата магния не вводить блокаторы кальциевых каналов.

Интервал между 1-м и 2-м курсами магнезиальной терапии должен быть не менее 12 часов, между 2-м и 3-м не менее 6 часов.

При появлении признаков токсичности или непереносимости (угнетение дыхания и рефлексов, чувство жара и стеснения в груди, сердцебиения, беспокойства) дозу и скорость вводимого препарата, а также целесообразность продолжения магнезиальной терапии обсудить с анестезиологом.

3. Коррекция гиповолемии

Проводится с использованием растворов кристаллоидов и коллоидов.

Коллоиды: растворы гидроксиэтилкрахмала (ГЭК) 6 % с молекулярной массой 250 и 400 кДа и степенью замещения 0,5 и 0,7: стабизол, рефортан, волювен, гелофузин, HAES-стерил.

Кристаллоиды: физиологический раствор, раствор Рингера-Локка, мафусол, ацесоль, дисоль, хлосоль, трисоль.

Инфузионная терапия начинается с кристаллоидов для первоначально возмещения объема циркулирующей крови (ОЦК). Продолжается лечение с использованием коллоидов с целью привлечения в кровоток жидкости из интерстициального пространства.

Общий объем инфузии в сутки 1000–1500 мл, скорость введения 75 мл/час под контролем уровня диуреза не менее 25 мл/час, соотношение коллоидов и кристаллоидов от 1 : 1 до 2 : 1.

4. Гипотензивная терапия

Проводится при недостаточном эффекте магнезиальной терапии. Выбор препарата осуществляется в зависимости от типа гемодинамики, устанавливаемого по результатам реографии:

- *При гиперкинетическом типе* гемодинамики применять β -блокаторы (атенолол, небиволол), блокаторы кальциевых каналов (нифедипин), миотропные спазмолитики.
- *При эукинетическом типе* гемодинамики применяются центральные α -адреномиметики (допегит, клофелин), α и β -адреноблокаторы (лабеталол), нитраты (натрия нитропруссид), ганглиоблокаторы (пентамин).
- *При гипокинетическом типе* гемодинамики используются центральные α -адреномиметики (допегит, клофелин), блокаторы кальциевых каналов (нифедипин), ганглиоблокаторы (пентамин), инотропная поддержка по показаниям.

Скорость введения данных лекарственных средств определяется динамикой снижения АД (не менее 5 мм рт. ст. в час, но не более 25 мм рт. ст. в час).

5. Дополнительное устранение сосудистого спазма

- эуфиллин 2,4 % 10 ml (в/в)
- папаверин 2 % 3–4 ml
- дибазол 1 % 4–5 ml 2–3 раза в сутки
- но-шпа 2–4 ml
- галидор 2–4 ml

6. Диуретики

Вводятся по строгим показаниям:

- олигурия преренального генеза (менее 25 мл/час), диагностика которой проводится после проведения инфузионной терапии с оценкой диуреза в течение 4 часов;
- острая левожелудочковая недостаточность;
- отек легких.

Применяется лазикс 40 мг в/в (без форсирования диуреза).

7. Нормализация микроциркуляции

- Деагреганты — в инфузиях солевых растворов:

Трентал 5 ml

Персантин 5 ml

- Антикоагулянты — низкомолекулярные гепарины (НМГ).

1. При гестозе на фоне гипертонической болезни предпочтительно введение фрагмина (2500–5000 МЕ п/к 1 раз в сутки в зависимости от массы тела и тяжести гестоза).

При гестозе на фоне сахарного диабета предпочтительно введение сулодексида 600 ЛЕ в/м 1 раз в сутки.

При гестозе на фоне заболеваний почек — фраксипарин (0,3–0,6 МЕ п/к 1 раз в сутки в зависимости от массы тела и тяжести гестоза).

Вопрос о назначении НМГ решать после стабилизации уровня АД, получения данных коагуло- и агрегатограммы (гиперкоагуляция, гиперагрегация).

Противопоказания к назначению деагрегантов и НМГ:

- гипоагрегация тромбоцитов;
- повышенная кровоточивость любой этиологии;
- возможное родоразрешение в ближайшие 12 часов;
- свежие кровоизлияния на глазном дне;
- нарушение функции печени (цитолитический синдром);
- обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки;

- повышенная чувствительность к гепарину в анамнезе;
- гепарин-индуцированная тромбоцитопения в анамнезе.

8. Профилактика внутриутробной гипоксии плода

akusher-lib.ru

ВЕДЕНИЕ РОДОВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

1. Всем пациенткам с сахарным диабетом (любого типа), поступившим в родильное отделение, необходимо назначить консультацию эндокринолога. Определение тактики инсулинотерапии и возможности введения глюкозы согласовываются с дежурным эндокринологом.
2. Определение дневных колебаний гликемии: в 8–12–16–20 часов. Уровень сахара в крови влияет на продолжительность родов, частоту слабости родовой деятельности и асфиксии новорожденных. Оптимальный уровень сахара в родах (наименьшее число осложнений) от 5,5 до 8,8 ммоль/л.
3. У пациенток с инсулинотерапией — в день родов дозу инсулина необходимо снизить в 2–2,5 раза; вводится подкожно инсулин короткого действия. В I периоде родов назначается инфузия 5%-го раствора глюкозы, а во II периоде родов (или интраоперационно) — 10%-й раствор глюкозы.
4. При плановом оперативном родоразрешении — накануне (на ночь) уменьшают дозу продленного инсулина на 20–30 %.
5. При развитии у роженицы легкой гликемии (до 3,3 ммоль/л) — прием глюкозного геля «Гипохит» (1 хлеб. ед.) или сладкого питья. При тяжелой гипогликемии с потерей сознания — введение 40%-й глюкозы 40–100 мл внутривенно струйно медленно (до возвращения сознания).
6. Антибактериальная терапия назначается сразу после излития околоплодных вод. Консервативно-выжидательная тактика противопоказана.
7. В родах необходимо осуществлять постоянное кардиомониторное наблюдение за состоянием плода.
8. Контроль гликемии матери и ребенка осуществляется сразу при рождении ребенка, а при оперативном родоразрешении — у матери непосредственно перед извлечением плода (при всех типах диабета).
9. Обязательное назначение консультации эндокринолога в первые сутки послеродового периода.
10. При оперативных пособиях в родах — курс антибактериальной терапии назначается по длинной лечебной схеме (короткие профилактические курсы антибиотиков не показаны).

МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЕЛИЧИНЫ КРОВОПОТЕРИ

Объем физиологической кровопотери в родах, как правило, составляет не более 0,5 % от массы тела женщины. Частота кровопотерь более 0,5 % от массы тела колеблется от 3 до 5 %. При потере > 30 % ОЦК в течение короткого времени (менее 2-х часов) кровопотеря называется массивной.

В любом случае требуется проведение расчета объема кровопотери по отношению к ОЦК.

Существует несколько методов определения объема кровопотери.

Гравиметрический метод предусматривает взвешивание операционного материала. Интраоперационную кровопотерю определяют по разности массы пропитанных кровью и сухих салфеток, тампонов, шариков, простыней. Полученную величину увеличивают на 50% и суммируют с объемом крови, находящейся в банке электроотсоса. Погрешность метода составляет 10–12 %.

Ориентировочно степень дефицита ОЦК можно определить, используя **индекс Альговера–Брубера**: отношение ЧСС к величине систолического АД, который в норме составляет 0,5 усл. ед. (табл. 1).

Таблица 1

Оценка величины кровопотери по индексу Альговера

Индекс Альговера	Объем кровопотери (л)	Дефицит ОЦК (%)
0,8 и менее	0,5	10
0,9–1,2	1,0	25
1,3–1,4	1,5	30
1,5 и более	2,0	40

Определение объема кровопотери с использованием гематокрита

$$\text{Объем кровопотери (л)} = \text{ОЦК должн.} \times \frac{\text{Ht должн.} - \text{Ht факт.}}{\text{Ht должн.}}$$

Величина должного ОЦК определяется по данным, представленным в таблице 2.

Таблица 2

Определение должного ОЦК в зависимости от конституции больной

Тип конституции	Женщины (мл/кг)
Тучный	60
Астеничный	65
Средний	70
Атлетический	75

Основной задачей акушера при кровотечении является своевременное использование наиболее эффективных и надежных методов его остановки, адекватная инфузионно-трансфузионная терапия, правильный выбор анестезиологического пособия до возникновения геморрагического шока, так как нарушения макро- и микроциркуляции вовлекают в патологический процесс важнейшие системы организма, нарушают гомеостаз.

akusher-lib.ru

КОМПЛЕКС ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ГИПОТОНИЧЕСКОМ КРОВОТЕЧЕНИИ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

1. Наружный массаж матки.
2. Введение утеротонических средств:
 - а) 5–10 ЕД окситоцина в/в медленно;
 - б) 1,0 мл 0,02%-го р-ра метилэргометрина в/м (противопоказания — гестоз, артериальная гипертензия);
 - в) Простагландин Е₁ (миролют, сайтотек, мизопропрост) 800–1000 мкг однократно ректально (побочное действие — лихорадка, озноб)

3. Ручное обследование полости матки (однократно!). При затруднении отделения плаценты следует иметь ввиду вероятность ее приращения и своевременно переходить на экстирпацию матки. При отсутствии эффекта от ручного обследования полости матки на фоне введения утеротонических средств — переход к оперативным методам лечения и срочной коррекции в системе коагуляции.
4. Ревизия мягких родовых путей, зашивание разрывов, при продолжающемся кровотечении — введение 1,0 мл 0,02%-го р-ра метилэргометрина или 5 мг (1,0 мл) энзапроста в шейку матки. При разрыве шейки матки III степени — обязательно ручное обследование полости матки, при разрыве матки — лапаротомия.
5. На фоне проводимых акушерских манипуляций — в/венное капельное введение окситоцина 5–10 ЕД в 400 мл физиологического раствора или 5%-го раствора глюкозы.

При пограничной кровопотере (0,5–0,6% от массы тела) проводят перерасчет объема по отношению к массе тела для оценки ее тяжести.

Катетеризация мочевого пузыря, постоянный мониторинг функции витальных органов с целью своевременного изменения тактики лечения.

Все мероприятия по остановке кровотечения проводят на фоне инфузионно-трансфузионной терапии

АЛГОРИТМ ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МАССИВНОЙ АКУШЕРСКОЙ КРОВОПОТЕРЕ

При кровопотере до 20 % ОЦК (до 1000 мл)

- Объем переливаемой жидкости должен превышать кровопотерю в 1,5 раза.
- Коллоиды : кристаллоиды 1 : 1 (800 мл солевых растворов, 800 мл препаратов ГЭК).

При кровопотере 20–40 % ОЦК (1000–2000 мл)

- Объем переливаемой жидкости должен превышать кровопотерю в 2 раза.
- Эритроцитарная масса 500–1000 мл, коллоиды : кристаллоиды 2 : 1.

При кровопотере 40 % ОЦК (свыше 2000 мл)

- Объем переливаемой жидкости должен превышать кровопотерю в 2,5 раза.
- Более 0,5 объема кровопотери должно быть замещено эритроцитарной массой.

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ШОК

Комплекс клинико-лабораторных параметров оценки адекватности гемодинамики:

1. Характеристика цвета и температуры кожных покровов, особенно конечностей.
2. Оценка пульса.
3. Измерение АД.
4. Оценка шокового индекса.
5. Определение почасового диуреза.
6. Измерение центрального венозного давления (ЦВД).
7. Определение гематокрита.
8. Характеристика КОС крови.

Степень шока	Клинические проявления	Снижение ОЦК, %	Крово-потеря, мл
I стадия Компенсированный шок	Умеренная тахикардия (до 100 уд. в мин), снижение АД, признаки периферической вазоконстрикции	на 15–20	750–1250
II стадия Декомпенсированный обратимый шок	Выраженная тахикардия (до 120–130 уд в мин), снижение систолического АД ниже 100–90 мм рт. ст., беспокойство, потливость, одышка, акроцианоз на фоне бледности кожных покровов, олигоурия (< 30 мл/час), снижение ЦВД (< 50 мм вод. ст.)	на 25–35	1250–1750
III стадия Необратимый шок	Тахикардия (более 130 уд. в мин), систолическое АД ниже 60 мм рт. ст., часто не определяется; ступор, потеря сознания; крайняя бледность и мраморность кожных покровов, анурия	> 40	> 1750

Принципы лечения геморрагического шока

1. Остановка кровотечения.
2. Восстановление ОЦК, ликвидация нарушений макро- и микроциркуляции.
3. Коррекция метаболического ацидоза, нарушений белкового и водно-электролитного обмена.
4. Поддержание адекватного диуреза на уровне 50–60 мл/час.
5. Устранение острых нарушений свертывающей системы крови.
6. Перевод больных на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ).

7. Применение антибиотиков широкого спектра действия.
8. Поддержание сердечной деятельности.

akusher-lib.ru

РОЖЕНИЦЫ, ВХОДЯЩИЕ В ГРУППУ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ ПОСЛЕРОДОВЫХ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

- I. Роженицы с отягощенным соматическим анамнезом:
- очаги хронической инфекции (тонзиллит, отит, холецистит, пиелонефрит и т. д.);
 - заболевания сердечно-сосудистой системы;
 - эндокринопатии, в том числе сахарный диабет.
- II. Роженицы с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом:
- большое число аборт в анамнезе;
 - воспалительные заболевания гениталий;
 - нарушения менструального цикла в анамнезе;
 - осложненное течение послеродового и/или послеабортного периодов в прошлом;
 - длительное ношение внутриматочного контрацептива (особенно небольшой промежуток времени между удалением внутриматочной спирали и наступлением данной беременности).
- III. Осложнения настоящей беременности:
- гестоз;
 - анемия беременных.
- IV. Особенности родового акта:
- продолжительность родов более 16 часов;
 - безводный промежуток длительностью более 12 часов;
 - влагалищные исследования более 3 раз;
 - оперативные вмешательства (в том числе кесарево сечение) на фоне обострения хронического воспалительного процесса, хориоамнионита, лихорадки неясного генеза;
 - значительные травмы родовых путей;
 - кровотечения в родах и раннем послеродовом периоде.
- V. Применение глюкокортикостероидов при беременности и в родах по любым показаниям.

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

- I. При безводном промежутке 12 часов и более:
- Ампициллин 1,0 г в/м № 4 в сутки.
 - Ингибиторозащищенные аминопенициллины:
 - Аугментин 1,2 г в/в капельно (разведенным в 200 мл физиологического раствора) №2 в сутки.
 - Схема прекращается с окончанием родов, если отсутствует высокий риск восходящей инфекции.
 - При преждевременном излитии околоплодных вод у беременных с сахарным диабетом (независимо от типа) антибиотикопрофилактика начинается сразу.
- II. В случае наличия лихорадки в родах.
- Ампициллин 1,0 г в/м № 4 в сутки.
 - Цефалоспорины:
 - Цефосин (Цефотаксим) 2,0 г в/в, а затем 1,0 г в/м № 2 в сутки.
 - Медаксон (Цефтриаксон) 2,0 г в/в, а затем 1,0 г в/м № 2 в сутки.
 - Зинацеф (Цефуросим) 1,5 г в/в, а затем 0,75 г в/м № 2 в сутки + Метрогил 100 мл в/в № 2–3 в сутки.
 - Ингибиторозащищенные аминопенициллины:
 - Аугментин 1,2 г в/венно-капельно (разведенным в 200 мл физиологического раствора) № 2 в сутки.
- III. В случае операции кесарева сечения, а также при ручном вхождении в полость матки у рожениц, не входящих в группу риска по развитию гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде, используется короткая схема применения антибиотиков:
- Цефосин (Цефотаксим) 2,0 г в/в после пересечения пуповины, а затем 1,0 г в/м через 8 часов после окончания операции.
 - Зинацеф (Цефуросим) 1,5 г в/в после пересечения пуповины, а затем 0,75 г в/м через 8 часов после окончания операции.
 - Аугментин 1,2 г в/в (разведенным в 200 мл физиологического раствора) после пересечения пуповины и через 8 часов.
- IV. В случае операции кесарева сечения, а также при ручном вхождении в полость матки у рожениц, входящих в группу риска по развитию гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде, антибиотики вводятся после пересечения пуповины и далее в послеоперационном периоде продленный курс (3–5 дней):

- Цефосин (Цефотаксим) 2,0 г в/в после пересечения пуповины, а затем 1,0 г в/м № 2 в сутки;
- Аугментин 1,2 г в/в капельно (разведенным в 200 мл физиологического раствора) № 2 в сутки;
- Зинацеф (Цефуросим) 1,5 г в/в после пересечения пуповины, а затем 0,75 г в/м № 2 в сутки + Метрогил 100 мл в/в № 2–3 в сутки.

akusher-lib.ru

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ СХЕМЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ

Прелиминарный период Медикаментозный сон-отдых	Промедол, реланиум в/м
Раскрытие маточного зева не более 3–4 см	1. Промедол, реланиум в/м 2. ДЭА (низкие концентрации анестетиков: маркаин 0,125 %, лидокаин 0,5 %)
Раскрытие маточного зева от 4 до 5 см	1. ДЭА 2. Промедол (при необходимости в сочетании с реланиумом спазмолитиками) в/м
Раскрытие маточного зева от 5 до 8 см	1. ДЭА 2. Фентанил в/в (с применением микроперфузора, 1 мкг/кг/час). Прекращение введения фентанила за 1,5 часа до рождения ребенка.
Раскрытие маточного зева более 8 см Выраженное эмоциональное возбуждение	Ингаляция закисью азота $N_2O : O_2 = 3 : 1,2 : 1$
Дискоординация родовой деятельности Гестоз Ригидность шейки матки Соматическая патология	ДЭА

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ МАЛЫХ АКУШЕРСКИХ ОПЕРАЦИЙ

1. Наложение акушерских щипцов:

- Гипотензия или нормальное АД
- Премедикация: атропин 0,1 0,5 мл в/в, кетамин 100 мг, реланиум 20 мг в/в
- Исходная гипертензия
- Закись азота с кислородом — 2 : 1 или 3 : 1 с добавлением фторотана не более 1,5–2,0 об. при достижении 1 стадии хирургического наркоза.
 - Тиопентал натрия 300–500 мг в/в.
- Если в родах ДЭА
- ДЭА, для выключения сознания реланиум 10–20 мг в/в.

2. Поворот плода на ножку, классическое ручное пособие при тазовых предлежаниях:

- Диприван 200–400 мг в/в.
 - Фторотан 1,5–2,0 об. в сочетании со смесью закиси азота с кислородом 2 : 1 или 3 : 1.
- Операцию начинать по достижению 2 стадии хирургического наркоза.

Подачу фторотана прекратить после извлечения головки плода.

3. Ручные вхождения в полость матки:

- Исходная гипотензия или нормальное АД
- Кетамин 100 мг, реланиум 20 мг.
 - Диприван 200–400 мг.
- Исходная гипертензия
- Тиопентал натрия 300–500 мг нейролептаналгезия.
 - Диприван 200–400 мг.
- При ущемлении последа
- Кратковременная ингаляция паров фторотана 2,5 об. в потоке смеси закиси азота с кислородом 2 : 1 или 3 : 1. Ингаляцию фторотана прекратить после введения акушером руки в полость матки.
 - Диприван 200–400 мг.

4. Выворот матки:

- Для выключения сознания реланиум 10–20 мг в/в, кратковременная ингаляция паров фторотана 2,5 об. в потоке смеси закиси азота и кислорода 2 : 1 или 3 : 1. Ингаляцию фторотана прекратить после введения акушером руки в полость матки. В дальнейшем препараты нейролептаналгезии.

5. Плодоразрушающие операции:

Перфорация головки

- Тиопентал натрия 300–500 мг.
 - Кетамин 100 мг реланиум 20 мг.
- Премедикация: атропин, препараты нейролептаналгезии.

Перфорация головки, эксцеребрация, краниоклазия, извлечение плода

- Эндотрахеальный наркоз после стандартной премедикации и перевода больной на ИВЛ. Поддержание анестезии смеси закиси азота с кислородом 2 : 1 или 3 : 1, препараты нейролептаналгезии по обычной схеме.

6. Ушивание эпизиотомии, перинеотомии:

Гипотензия или нормальное АД

- Местная инфильтрационная анестезия.
- Каудальная анестезия.
- Кетамин 100 мг реланиум 10–20 мг в/в.

Если в родах ДЭА

- ДЭА.

Исходная гипертензия

- Тиопентал натрия 300–500 мг препараты нейролептаналгезии.

ПРИЛОЖЕНИЯ

1. Оценка степени зрелости шейки матки

ШКАЛА СТЕПЕНИ ЗРЕЛОСТИ ШЕЙКИ МАТКИ по Е. Х. Бишопу (1960 г.)

Признак	0	1 балл	2 балла
Консистенция шейки матки	Плотная	Размягчена по периферии, внутренний зев плотный	Мягкая
Длина шейки матки	Более 2 см	1–2 см	Менее 1 см
Пройодимость шеечного канала	Закрыт или пропускает кончик пальца	Канал проходим до внутреннего зева	1–2 пальца за внутренний зев
Шейка матки по отношению к проводной оси	Кзади	Кзади или кпереди	По проводной оси
0–2 балла — шейка «незрелая» 3–4 балла — шейка недостаточно зрелая 5–8 баллов — шейка «зрелая»			

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ЗРЕЛОСТИ ШЕЙКИ МАТКИ по Г. Г. Хечинашвили (1974 г.)

Признаки	Состояние шейки матки			
	«Незрелая»	«Созревающая»	«Неполностью созревшая»	«Зрелая»
Консистенция шейки матки	Плотная или размягчена только по периферии	Размягчена не полностью, уплотнена по ходу цервикального канала	Размягчена почти полностью, уплотнена в области внутреннего зева	Размягчена полностью
Длина влагалищной части шейки матки и цервикального канала	Влагалищная часть сохранена, длиной до 4 см	Влагалищная часть укорочена от 4 до 2 см; цервикальный канал длиннее на 1 см и более	Влагалищная часть укорочена от 3 до 2 см; цервикальный канал длиннее на 1 см	Влагалищная часть укорочена до 2 см и менее; цервикальный канал длиннее на 0,5 см
Степень проходимости цервикального канала и его форма	Наружный зев закрыт или пропускает кончик пальца	У первородящих проходим для 1 пальца до внутреннего зева, у повторородящих – с трудом за внутренний зев, изогнут, имеется резкий переход на нижний сегмент	Проходим для 1 пальца за внутренний зев, изогнут, переход на нижний сегмент не плавный	Свободно проходим для 1 пальца и более; не изогнут, плавный переход на нижний сегмент
Состояние нижнего сегмента матки	Не истончен и не разрыхлен, предлежащая часть через своды влагалища определяется неотчетливо	Не истончен и не разрыхлен, предлежащая часть определяется неотчетливо	Предлежащая часть пальпируется довольно отчетливо	Отчетливо пальпируется предлежащая часть и расположенные на ней ориентиры
Толщина стенок влагалищной части шейки матки	2 см	1,5 см	1 см	0,5 см

2. Определение положения головки плода по отношению к плоскостям малого таза

Местонахождение головки	Данные наружного исследования	Данные влагалищного исследования
Головка плода баллотируется/подвижна над входом в малый таз	Головка плода свободно перемещается при толчке, сообщаемом ей с той или иной стороны. Пальцы исследующих рук легко подводятся с обеих сторон под головку	Достичь головки пальцами удастся лишь в том случае, если наружной рукой прижать ее ко входу в малый таз. Мыс достигается вытянутыми пальцами, если он вообще достижим. Кроме мыса, пальпируется вся внутренняя поверхность малого таза (верхний край симфиза, безымянные линии, крестцовая впадина и тазовые кости)
Головка плода прижата ко входу в малый таз/ограниченно подвижна	Головка плода лишена свободы движений, перемещение ее рукой затруднено. Пальцы исследующих рук могут быть подведены с обеих сторон под головку лишь при смещении последней кверху	Исследующими пальцами удастся достичь головки, при этом она может отходить. Вытянутыми пальцами можно достичь мыс, если он вообще достижим.
Головка плода фиксирована малым сегментом в плоскости входа в малый таз	Прощупывается наибольшая часть головки, находящейся над плоскостью входа в таз (с одной стороны — лоб, с другой стороны — затылок)	Пальцами легко достигается нижний полюс головки плода и область малого родничка. На значительном протяжении пальпируется внутренняя поверхность тазовых костей и частично безымянная линия. Выступающая точка мыса может быть достигнута только согнутыми пальцами
Головка плода фиксирована большим сегментом в плоскости входа в малый таз (головка плода находится в широкой части полости малого таза)	Пальцы исследующих рук легко сближаются над верхним полюсом головки. По методу Пискачека головка достигается с трудом	Нижний полюс (свод) головки находится в интerspинальной плоскости. Достичь мыса пальцами невозможно. Крестцовая впадина головкой выполнена не полностью. Пальпируются только последние крестцовые позвонки

Местонахождение головки	Данные наружного исследования	Данные влагалищного исследования
Головка плода в полости малого таза (в узкой его части)	Снаружи определяется только шейно-плечевая область плода. По методу Пискачека головка легко достижима	Нижний полюс головки располагается ниже интерспинальной плоскости. Крестцовая впадина выполнена полностью. Симфиз, внутреннюю поверхность тазовых костей (в том числе седалищные ости) прощупать невозможно
Головка плода в плоскости выхода малого таза (на тазовом дне)	В глубине половой щели видна волосяная часть головки плода. Головка плода легко достижима по методу Пискачека	Прощупываются мягкие части вульвы и входа во влагалище. С трудом пальпируются позвонки копчика

3. Модифицированная таблица индексов Рудакова для определения предполагаемой массы плода

	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37
20											2500	2500	2500
21										2500	2600	2700	2800
22								2500	2600	2600	2800	2800	3000
23							2500	2600	2700	2800	2900	3000	3100
24						2500	2600	2700	2800	2900	3000	3100	3200
25				2500	2600	2700	2800	2900	3000	3100	3200	3300	3400
26			2500	2600	2700	2800	2900	3000	3100	3200	3300	3400	3500
27		2500	2600	2700	2800	2900	3000	3100	3200	3400	3400	3500	3600
28	2500	2600	2700	2800	2900	3000	3100	3200	3300	3400	3600	3700	3800
29	2600	2700	2800	2900	3000	3100	3200	3400	3500	3600	3700	3800	3900
30	2700	2800	2900	3000	3100	3300	3400	3500	3600	3800	3900	4000	4100
31	2800	2900	3000	3100	3200	3400	3500	3600	3700	3800	4000	4100	4200
32	2900	3000	3100	3200	3400	3500	3600	3700	3900	4000	4100	4300	4400

4. Рекомендуемый шовный материал

Сшиваемая ткань		Типа шва	Кол-во	№ нити		Длина	Код	Название нити	Название нити
				Метр	USA				
Матка	1 слой	непрерывный	1	4	1	90 см	игла 50 мм 9496W	Викрил 1×150 (50)	Полисорб
	2 слой	непрерывный	1	4	1	90 см	9496W	Викрил 1×150 (50)	Полисорб
Перитонизация		непрерывный	1	3,5	3/0 0	75 см	игла 1/2 30 мм 9130	Викрил 1×150 (50)	Полисорб
Мышцы		непрерывный	1	4	1	150 см	9467W	Шелк	Серджидак Полисорб
Апоневроз		непрерывный	1	4	1			Викрил 1×150 (50)	
Кожа		непрерывный	1	3,0	2/0	150 см	D	Мерилон	Полисорб, Серджидак 6×45
		отдельные	6-7						

5. Клинические дифференциально-диагностические признаки патологии, сопровождающейся кровотечением во время беременности поздних сроков и в родах

Симптомы и признаки	Акушерская патология				
	Предлежание плаценты	Шеечное предлежание плаценты	Шеечная и перешеечно-шеечная беременность	Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	Разрыв матки
Кровотечение	Чаще во II-III триместре беременности, в I периоде родов; обильное, наружное, повторяющееся	В течение всей беременности, в I период родов; обильное, наружное, повторяющееся	В течение всей беременности, в I период родов; обильное, наружное, повторяющееся	Чаще в I период родов, в III триместре беременности, реже во II период родов и во II триместре беременности; чаще внутреннее, реже наружно-внутреннее	Чаще в родах, реже в III триместре беременности; внутреннее, иногда наружно-внутреннее
Боль	Отсутствует	Отсутствует	Отсутствует	Выражена	Выражена
Состояние матки	Консистенция и форма обычные	Консистенция и форма обычные	При шеечной беременности плотное тело матки симулирует узел миомы, при перешеечно-шеечной — консистенция и форма обычные	Плотная, напряженная, часто с локальной болезненностью	Контуры нечеткие
Раздражение брюшины	Отсутствует	Отсутствует	Отсутствует	Может быть	Выражено

Продолжение (Клинические дифференциально-диагностические признаки патологии, сопровождающейся кровотечением во время беременности поздних сроков и в родах)

Симптомы и признаки	Акушерская патология				
	Предлежание плаценты	Шеечное предлежание плаценты	Шеечная и перешеечно-шеечная беременность	Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	Разрыв матки
Состояние плода	Хорошо пальпируется, сердцебиение чаще нормальное, реже страдает	Хорошо пальпируется, сердцебиение чаще нормальное, реже страдает	Хорошо пальпируется, сердцебиение чаще нормальное, реже страдает	Пальпируется с трудом, сердцебиение страдает или отсутствует	Пальпируется чрезвычайно легко (в брюшной полости), сердцебиения нет
Осмотр в зеркалах	Без особенностей	Шейка синюшная, увеличенная, иногда прорастание хориона в своде влагалища	При шеечной беременности синюшная, иногда прорастает тканью хориона, иногда с эксцентричностью зева	Без особенностей	Без особенностей
Влагалищное исследование	Шейка обычная, за внутренним зевом — ткань плаценты	Шейка обычная, ткань плаценты прорастает стенку верхних отделов шеечного канала	Влагалищная часть шейки отсутствует, за наружным зевом — ткань плаценты, прорастающая шейку	Шейка обычная, ткань плаценты не пальпируется	Шейка обычная, предлежащая часть может не пальпироваться
Сопутствующая патология	Осложненные роды и аборт в анамнезе	Осложненные роды и аборт в анамнезе	Осложненные роды и аборт в анамнезе	Гестоз, гипертоническая болезнь, заболевания почек, механические факторы	Рубец на матке, частые осложненные роды и аборт в анамнезе

6. Ориентировочный объем и структура трансфузионных средств в зависимости от объема острой массивной акушерской кровопотери (Барышев Б.А., Новиков Б.Н., 2002г.)

Объем кровопотери		Трансфузионные среды										
мл	% ОЦК	Солевые растворы				Коллоиды			Альбумин 10% 20% (мл)	Эритроциты	Тромбоциты*	СЗП
		мл	Неосложненное течение беременности к моменту родов	Осложненное течение беременности к моменту родов	мл	Неосложненное течение беременности к моменту родов	Осложненное течение беременности к моменту родов					
<750	<15	2000	Рингер, рингер-ацетат, мафусол, натрия хлорида 0,9%	Рингер, рингер-ацетат, натрия хлорида 0,9%	-	-	-	-	-	-	-	-
750-1500	15-30	1500-2000	Мафусол, натрия гидрокарбонат, рингер-ацетат, рингер, натрия хлорид 0,9%	Мафусол, натрия гидрокарбонат, рингер-ацетат, рингер, натрия хлорид 0,9%	600-800	ГЭК Гелофузин, Модежель, Полиоксифу-марин, Полиоксидин	Гелофузин, Модежель, Полиоксидин, Полиоксифу-марин ГЭК*	-	Снижение Hb до 80 г/л, Ht до 0,24 л/л ***	-	-	-
1500-2000	30-40	1500-2000	Мафусол, натрия гидрокарбонат, Рингер-ацетат, Рингер, натрия хлорид 0,9%	Рингер-ацетат, Натрия гидрокарбонат, Рингер, натрия Хлорид 0,9%	800-1200	ГЭК < 800 мл* Гелофузин, Модежель, Полиоксифу-марин, Полиоксидин	Гелофузин, Модежель, Полиоксидин	100-200/50-100	-	-	1000-1500	-
>2000	>40	1500-2000	Мафусол, натрия гидрокарбонат, Рингер-ацетат, Натрия хлорид 0,9%	Рингер-ацетат, Натрия гидрокарбонат, Рингер, натрия хлорид 0,9%	1200-1500	Гелофузин, Модежель, Полиоксидин	Гелофузин, Модежель, Полиоксидин	200-300/100-150	-	4-6 доз**	1500-2000	-

Примечание: ГЭК — гидроксэтилкрахмал 200.000/0,5; * — если нет кровотечения, обусловленного острым ДВС синдромом;

** — доза содержит не менее $0,55 \times 10^{11}$ тромбоцитов. *** — 1 доза (250 мл) эритроцитов повышает Hb на 10 г/л.

Трансфузионные среды расположены в порядке предпочтительной очередности введения.

7. Данные коагулограммы при синдроме ДВС

Тесты	Норма	Синдром ДВС
Время свертывания по ЛИ-Уайту, мин	8–10	Удлинение
АЧТВ, сек	30–40	Удлинение
Число tr, 10×9/л	>150–350	Снижение
Фибриноген, г/л	3,0–4,0	Снижение
Д-димер, мг/л	<250	Увеличение
Тест спонтанного лизиса сгустка, мин	30–40	Нет сгустка
Продукт деградации фибрина (ПДФ)	(-) – (-/+)	(++) – (+++)

№	Название	цена
1	Внутримат. искусств. инсеминация. Донорство спермы. Мет. рек. В. С. Корсак и др., 2002, 32 с.	50
2	Генетические аспекты профилактики и лечения эндометриоза. В. С. Баранов и др., 2004, 24 с.	50
3	Гирсутизм. Пособие для врачей. Е. Л. Соболева и др., 2007, 52 с.	70
4	Диагностика и лечение опухолей яичника. А. Ф. Урманчеева, Г. Ф. Кутушева, 2001, 48 с.	50
5	Железодифицитная анемия беременных. Мет. рек. А. М. Тайпунова, 2008, 36 с.	70
6	Инфекции мочевыводящих путей у беременных. Гестационные симфизиопатии: методические рекомендации. Е. В. Мозговая, М. М. Джанашия, 2008, 40 с.	70
7	Инфузионно-трансфузионная терапия акушерских кровотечений. 2-е изд. Э. К. Айламазян, Б. А. Барышев, 2008, 56 с.	70
8	Использование ронколейкина в компл. терапии генит. эндометриоза. С. А. Сельков и др., 2008, 84 с.	70
9	Комплексное лечение рака шейки матки: новая мед. технол. С. Я. Максимов и др., 2008, 20 с.	60
10	Консультирование по вопросам репродуктивного здоровья и выбору метода контрацепции: практическое пособие для врачей, М. А. Тарасова и др., 2008, 116 с.	100
11	Лабораторная диагностика инфекции, вызванной <i>Neisseria gonorrhoeae</i> : методические рекомендации, А. М. Савичева и др., 2009. 80 с. цв. ил.	90
12	Лаб. диагностика сифилиса: мет. рекомендации, Е. В. Соколовский и др., 2009, 72 с.	80
13	Мастопатия: фиброзно-кистозная болезнь молочных желез (патогенез, диагностика, лечение): учебно-методическое пособие, И. Ю. Коган и др., 2008. — 52 с.: ил.	70
14	Медикаментозная терапия и профилактика гестоза. Е. В. Мозговая и др., 2008, 40 с.	70
15	Наследственные нарушения системы гемостаза и берем. М. А. Репина и др., 2008, 40 с.	70
16	Невынашивание беременности и недоношенный ребенок. Мат-лы н-п конф. Петрозав., 2002, 116 с.	50
17	Плацентарная недостаточность Н. Г. Павлова и др., 2007, 32 с.	70
18	Подготовка беременных к родам. Мет. пос. Т. У. Кузьминых, 2007, 36 с.	60
19	Подготовка пациентов и порядок проведения ЭКО. Ведение ранних сроков беременности после ЭКО. Метод. рекомендации. В.С. Корсак, Э.В. Исакова и др., 2001, 23 с.	50
20	Порядок проведения микроскопического исследования мазков из урогенитального тракта. Мет. рек. для леч. врачей. А. М. Савичева и др., 2007, 60 с.	70
21	Порядок проведения микроскопического исследования мазков из урогенитального тракта. Мет. рек. для специалистов лабораторной диагностики. А. М. Савичева и др., 2007, 64 с.	70
22	Предменструальный синдром. Мет. пос. М. А. Тарасова и др., 2007, 48 с.	70
23	Пролапс тазовых органов у женщин. М. Ю. Коршунов и др., 2003, 16 с.	50
24	Регионарная аналгезия родов. Методические рекомендации. А. А. Андрееenko и др., 2008 г., 52 с.	70
25	Репродуктивное здоровье женщины в спорте. Д. А. Ниаури и др., 2003, 28 с.	50
26	Сахарный диабет и репродуктивная система женщины. В. В. Потин и др., 2008, 40 с.	70
27	Стрессовое недержание мочи у женщин. М. Ю. Коршунов и др., 2003, 16 с.	50
28	Тромбофилии в акушерской практике. М. С. Зайнулина и др., 2005, 46 с.	50
29	Хламидийная инфекция в акушерстве и гинекологии. А. М. Савичева и др., 2002, 48 с.	50
30	Щитовидная железа и репродуктивная система женщины. В. В. Потин и др., 2008, 48 с.	70
31	Эндотелиальная дисфункция при гестозе. Е. В. Мозговая и др., 2003, 32 с.	50

По вопросам приобретения обращайтесь в ООО «Издательство Н-Л»:

198152, Санкт-Петербург, ул. Автовская, д. 17, оф. 5а.

Тел./факс: (812) 784-97-51. E-mail: nl@n-l.ru