



**Кемеровская государственная
медицинская академия**

Г. А. Ушакова, Н. П. Григорук, О. Н. Новикова

**АКУШЕРСТВО
В АЛГОРИТМАХ**

**Кемерово
КемГМА
2009**

ГОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию
Кафедра акушерства и гинекологии № 1

Г. А. Ушакова, Н. П. Григорук, О. Н. Новикова

АКУШЕРСТВО В АЛГОРИТМАХ

Рекомендовано Учебно-методическим объединением по медицинскому
и фармацевтическому образованию вузов России в качестве учебного пособия
для системы послевузовского профессионального образования врачей

**Кемерово
КемГМА
2009**

УДК 618.2/4 (075.8)

Ушакова Г. А., Григорук Н. П., Новикова О. Н. **Акушерство в алгоритмах: уч. пособие по ведению родов для клинических ординаторов и интернов.** – Кемерово: КемГМА. – 153 с.

Пособие подготовлено Г. А. Ушаковой, доктором медицинских наук, заведующей кафедрой акушерства и гинекологии №1 Кемеровской государственной медицинской академии, Н. П. Григорук, кандидатом медицинских наук, доцентом кафедры акушерства и гинекологии №1 Кемеровской государственной медицинской академии, О. Н. Новиковой, кандидатом медицинских наук, доцентом кафедры акушерства и гинекологии №1 Кемеровской государственной медицинской академии.

В подготовке учебного пособия принимали участие: к. м. н. М. В. Пономарева, к. м. н. И. С. Захаров, врачи А. Б. Орлов, Е. Н. Орлова, Е. В. Барина.

Учебное пособие представляет собой практические рекомендации по ведению родов при типичных акушерских ситуациях и наиболее часто встречающихся осложнениях беременности и родов. Материал составлен на основе специальной литературы и собственного акушерского опыта.

Пособие предназначено для клинических интернов и ординаторов по специальности «Акушерство и гинекология», врачей общей практики.

Рецензенты:

Башмакова Н. В. – д. м. н., проф., зам. директора по НИР ФГУ «ГУНИИ ОММ Росмедтехнологий»;

Брюхина Е. В. – д. м. н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии ГОУ ДПО «Уральская государственная медицинская академия».

© Кемеровская государственная медицинская академия, 2009.

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	4
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	5
ЧАСТЬ I. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ	6
ЧАСТЬ II. ТИПИЧНЫЕ АКУШЕРСКИЕ СИТУАЦИИ (НЕОСЛОЖНЕННЫЕ РОДЫ)	9
ЧАСТЬ III. АЛГОРИТМЫ ВЕДЕНИЯ РОДОВ В ОСОБЫХ СИТУАЦИЯХ	33
ЧАСТЬ IV. АЛГОРИТМЫ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПО ОКАЗАНИЮ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ	71
ЧАСТЬ V. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ЭКСТРЕННЫХ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ СИТУАЦИЯХ	91
КОНСУЛЬТАЦИИ	97
ЛИТЕРАТУРА	152

А

*Памяти незабвенного учителя
Любови Александровны Решетовой
посвящается...*

ПРЕДИСЛОВИЕ

Освоение акушерства – задача очень сложная. Сложность заключается в правильной оценке акушерской ситуации, выборе оптимального метода родоразрешения. Неверно выбранное решение может стоить здоровья, а иногда и жизни матери и ребенка.

Принимая во внимание недостаточные знания и опыт, которые придут со временем, мы попытались помочь обучаемому в решении ряда вопросов, а именно: на основании данных литературы и собственном многолетнем опыте работы дать основные алгоритмы ведения родов при различных акушерских ситуациях.

В первой части пособия представлены общие сведения по объему и методике обследования пациентки в стационаре, независимо от клинической ситуации.

Во второй части, где представлены типичные акушерские ситуации, даны прогноз исхода родов для матери и плода (ожидаемые осложнения), эталон плана ведения родов, обезболивания и анестезиологических пособий, перечень консультаций.

В третьей части представлены ситуации наиболее частых осложнений, возникающих во время беременности или в процессе родов. Для данных ситуаций даны дополнительные методы исследования, ожидаемые осложнения для матери и плода, дополнения к плану ведения родов, особенности обезболивания и анестезиологических пособий, дополнительные консультации.

Четвертая часть содержит алгоритмы организационных мероприятий медицинского персонала по оказанию неотложной помощи при экстремальных ситуациях.

В пятой части представлены организационные мероприятия при экстренных санитарно-эпидемиологических ситуациях.

В «консультациях» представлены данные, которые могут понадобиться в соответствующей «ситуации».

Пособие не заменяет учебник и лекционный материал, а помогает обучаемому применить на практике в конкретной акушерской ситуации теоретические знания. Мы надеемся, что данное пособие поможет в повышении качества подготовки обучаемых на последнем этапе профессионального образования к самостоятельной врачебной деятельности.

*Заведующая кафедрой акушерства
и гинекологии № 1, д. м. н., профессор Ушакова Г. А.*

ЧАСТЬ I. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Клинический минимум обследования
Объем циркулирующей крови
Объем циркулирующей плазмы
Допустимая кровопотеря
Предположительная масса плода
Нормальные показатели системы крови
Признаки отделения плаценты
Методы выделения плаценты
Оценка новорожденного по Апгар

1. Клинический минимум обследования:

- жалобы при поступлении и их оценка;
- соматический, специальный (акушерско-гинекологический), аллергологический, гемотрансфузионный анамнез; течение настоящей беременности; общий осмотр, исследование по системам и органам и оценка их результатов, наружное акушерское исследование (размеры таза, величина, форма, тонус матки, положение, прилежание, вид и позиция плода, сердцебиение плода); характер родовой деятельности (продолжительность, интенсивность схваток);
- влагалищное исследование: состояние наружных половых органов, влагалища, положение шейки матки, ее длина, консистенция, длина цервикального канала, открытие шейки матки, состояние краев наружного маточного зева, сведения о плодном пузыре, местонахождение головки, расположение швов и родничков, оценка внутренних размеров таза;
- минимум лабораторных исследований: группа крови и резус-фактор, общий анализ крови, общий анализ мочи, мазок на степень чистоты из влагалища, кровь на ВИЧ.

2. Методика определения объема циркулирующей крови:

Масса женщины в килограммах \times 82 мл.

Например, масса роженицы 70 кг, ОЦК = 70×82 мл = 5740 мл.

3. Методика определения объема циркулирующей плазмы:

Масса женщины в килограммах \times 52 мл.

Например, масса роженицы 70 кг, ОП = 70×52 мл = 3640 мл.

4. Методика определения объема допустимой кровопотери:

Найти 0,3–0,5 % от массы роженицы в граммах.

Например, масса роженицы 70000 г, ДК = 210–350 мл.

ЧАСТЬ II. ТИПИЧНЫЕ АКУШЕРСКИЕ СИТУАЦИИ (НЕОСЛОЖНЕННЫЕ РОДЫ)

Срочные роды в головном предлежании
Срочные роды в тазовом предлежании
Срочные роды, поперечное положение
Преждевременные роды в головном предлежании
Преждевременные роды в тазовом предлежании
Преждевременные роды, поперечное положение
Запоздалые роды в головном предлежании
Запоздалые роды в тазовом предлежании
Запоздалые роды, поперечное положение

Ситуация 1. Беременность 40 недель, головное предлежание, срочные роды, первый период.

1.1. Клинический минимум обследования.

1.2. Прогноз для матери и плода. Благоприятный, если в процессе родов не появятся какие-либо осложнения.

1.3. План ведения родов:

1. Роды вести через естественные родовые пути.
2. Контроль над общим состоянием роженицы (жалобы, цвет кожных покровов, слизистых, частота дыхания, частота сердечных сокращений, АД).
3. Контроль над поведением роженицы вне и во время схваток.
4. Контроль над состоянием матки: консистенция во время схватки, ее контуры и форма, состояние нижнего сегмента, положение контракционного кольца.
5. Контроль над раскрытием шейки матки: по высоте контракционного кольца, данным влагалищного исследования, партограмме.
6. Контроль над продвижением предлежащей части с отметкой на партограмме.
7. Контроль над выделениями из половых путей.
8. Контроль над физиологическими отправлениями (мочеиспускание не реже одного раза в 2–3 часа, опорожнение кишечника один раз за 12 часов).
9. Контроль над состоянием плода (двигательная активность, частота сердцебиений, звучность и ритмичность тонов).
10. Рациональное положение роженицы в постели (положение на боку соответственно позиции плода).
11. Рациональное питание: в латентной фазе первого периода – сметана, молоко, мед, соки; в активной фазе – чай с сахаром, варенье.
12. При открытии шейки матки на 7–8 см вскрыть плодный пузырь, пригласить неонатолога в связи с предстоящим периодом изгнания.
13. Во втором периоде родов продолжить наблюдение за состоянием

А

ЧАСТЬ III. АЛГОРИТМЫ ВЕДЕНИЯ РОДОВ В ОСОБЫХ СИТУАЦИЯХ

Несвоевременное излитие околоплодных вод

Кровотечение в родах

Гестоз

Предлежание пуповины

Мертвый плод

Анатомически узкий таз

Крупный плод

Аномалии родовой деятельности

Многоводие

Многплодие

Рубец на матке

Хориоамнионит

Эмболия околоплодными водами

Фибромиома матки

Гипертоническая болезнь

Порок сердца

Бронхиальная астма

Сахарный диабет

Заболевания щитовидной железы

Надпочечниковая недостаточность

Анемия

Желтуха

Острый пиелонефрит

Острый панкреатит

«Острый живот»

Разгибательные вставления головки плода

А

**ЧАСТЬ IV. АЛГОРИТМЫ ОРГАНИЗАЦИИ
РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА
ПО ОКАЗАНИЮ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ
В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ**

**Преэклампсия
Эклампсия
Угрожающий разрыв матки
Совершившийся разрыв матки
Кровотечение в первом периоде родов
Кровотечение в последовом периоде
Кровотечение в раннем послеродовом периоде**

Ситуация 1. Преэклампсия.

1.1. Постовая акушерка должна:

1) Обеспечить женщине психо-эмоциональный и физический покой (создать тишину, затемнить комнату, при невозможности – положить темную повязку на глаза).

2) Вызвать врача акушера-гинеколога и реаниматолога.

3) Приготовить необходимые инструменты (шприцы, системы для внутривенных инъекций) и лекарственные препараты (полиглюкин, реополиглюкин, 0,9 %-ный раствор натрия хлорида, 5 %-ный раствор глюкозы и другие).

4) Все инъекции и другие процедуры проводить только после предоставления женщине адекватной анестезии с разрешения врача. Помнить, что порог тактильной чувствительности приближен к болевому, прикосновение может вызвать судороги.

5) Пунктировать вену, начать внутривенное капельное введение 5 %-ного раствора глюкозы. Взять кровь из вены для определения группы крови и крови на совместимость, на биохимическое исследование крови.

6) Контролировать витальные функции (сознание, жалобы, АД, пульс, температуру, ЧД, цвет кожных покровов) каждые 10 минут.

7) Приготовиться к приему родов.

1.2. Врач акушер-гинеколог должен:

1) Убедиться в том, что женщине предоставлен психо-эмоциональный и физический покой.

2) После предоставления женщине адекватной анестезии (ингаляционный наркоз) оценить витальные функции (АД, пульс, ЧД, цвет кожных покровов). Помнить, что порог тактильной чувствительности приближен к болевому, прикосновение может вызвать судороги.

3) Оценить акушерскую ситуацию для выбора метода родоразрешения.

4) Определить группу крови препаратов для трансфузии, провести пробы на совместимость, передать трансфузионные среды анестезиологической бригаде.

5) Ввести в мочевого пузырь постоянный катетер, фиксировать пациентку на операционном столе.

6) По указанию операционно-анестезиологической бригады, в случае необходимости, вызвать консультантов, лаборантов, необходимый персонал из любых отделений.

7) Заполнить лист регистрации переливания трансфузионных сред.

8) Внести данные о расходовании сред в журнал учета.

ЧАСТЬ V. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ЭКСТРЕННЫХ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ СИТУАЦИЯХ

При выявлении больной туберкулезом

При поступлении больной с клиникой кишечной инфекции

При выявлении больной чесоткой

При поступлении пациентки с клиникой гепатита

**При выявлении у новорожденного признаков
инфекционного заболевания**

При поступлении пациентки с диагнозом «ВИЧ-инфекция»

Ситуация 1. При выявлении больной туберкулезом.

1.1. Лечащему врачу необходимо:

1) Поставить в известность заведующего отделением, эпидемиолога, в вечернее время – дежурного врача роддома.

2) При открытой форме туберкулеза – больную направить в специализированный роддом; если перевод невозможен, то действовать согласно п. 3.

3) При закрытой форме туберкулеза:

– больную изолировать и родоразрешать в «септическом» родзале;

– провести рентгенографию органов грудной клетки;

– провести забор мокроты на бактериоскопию и отправить анализ в лабораторию;

– вызвать на консультацию фтизиатра;

– после родоразрешения решить вопрос о переводе пациентки из роддома;

– подать извещение в ЦГСЭН.

1.2. Врачу-неонатологу необходимо:

1) Не прикладывать ребенка к груди в родильном зале.

2) В истории развития новорожденного сделать отметку о том, что мать больна туберкулезом.

- зарегистрировать факт аварийной ситуации в специальном журнале у старшей акушерки отделения;
- при желании сдать кровь на ВИЧ-инфекцию на момент аварии, в последующем – через 3, 6, 12 месяцев;
- в течение 24 часов после контакта обратиться в Центр борьбы со СПИДом для решения вопроса о проведении экстренной профилактики;
- соблюдать личную гигиену.

6.6. Консультации. Меры профилактики инфекционных заболеваний, включая ВИЧ-инфекцию (с. 151).

КОНСУЛЬТАЦИИ

1. Оценка недоношенного новорожденного по шкале Сильвермана.

Таблица 3

Баллы	0	1	2
Дыхание	Спонтанное	Неравномерное	Стонущее
Участие грудной клетки в дыхании	Ритмичное	Аритмичное	Втяжение грудины или парадоксальная реакция
Втяжение межреберных промежутков	Отсутствует	Незначительное	Выраженное
Втяжение грудины	Нет на вдохе	Небольшое при вдохе	Выраженное
Положение нижней челюсти после рождения	Рот закрыт	Рот закрыт, но нижняя челюсть отвисает	Самостоятельно рот не закрывается

При нарушении сердечных сокращений добавляют 2 балла; 10–8 баллов – дыхательная недостаточность III степени, 7–6 баллов – дыхательная недостаточность II степени, 5–4 баллов – дыхательная недостаточность I степени, 3–2 балла – удовлетворительное состояние

15. Показания к операции кесарева сечения при гестозе.

Тяжелая форма нефропатии и преэклампсии при безуспешном проведении интенсивной терапии в течение трех-пяти часов при невозможности быстрого родоразрешения через естественные родовые пути.

Эклампсия при отсутствии условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути.

Коматозное состояние.

Анурия.

Амавроз.

Отслойка сетчатки.

Кровоизлияние в сетчатку.

Подозрение на наличие кровоизлияния в мозг.

Слабость родовой деятельности, не поддающаяся коррекции.

Отслойка нормально расположенной плаценты.

16. Клинические критерии прогнозирования эклампсии.

Диастолическое артериальное давление выше 120 мм рт. ст.

Диастолическое артериальное давление выше 110 мм рт. ст. на протяжении шести часов и более.

Диастолическое давление 90 мм рт. ст. и выше в сочетании с протеинурией 3,0 г в сутки и более, олигурией менее 500 мл в сутки.

Появление субъективных симптомов (головная боль, мелькание мушек перед глазами, боль в эпигастральной области), быстрое нарастание генерализованного отека, судорожная готовность даже при нормальном значении АД.

Выявление приобретенной недостаточности тромбоцитарной функции (снижение числа тромбоцитов до $60 \times 10^9/\text{л}$ и менее, гипербилирубинемия, гиперазотемия)

Быстрая или «скачущая» прибавка в весе, не соответствующая сроку беременности.

17. Оказание первой помощи и меры жизнеобеспечения при развитии судорог и экламптической комы.

Больную уложить на ровную поверхность и повернуть голову в сторону.

Удерживая женщину, быстро освободить дыхательные пути, осторожно открывая рот при помощи роторасширителя (шпателем, ложкой) вытягивая вперед язык и, если возможно, то аспирировать содержимое полости рта и верхних дыхательных путей.

35. Особенности родостимуляции у рожениц с фибромиомой матки.

Окситоцин или простагландины необходимо вводить с осторожностью, при одновременном введении спазмолитических препаратов, капельно, в/в.

Подобрать индивидуально терапевтическую дозу окситоцина (от 2,5 до 10 ЕД окситоцина растворить в 500 мл 5 %-ного раствора глюкозы, введение начать с 8–10 капель в минуту и, прибавляя каждый 30 минут под контролем частоты схваток: в активную фазу родов количество схваток не должно превышать 4–5 за 10 минут).

Больным с миомой противопоказана длительная многочасовая стимуляция, так как она усиливает гемодинамические расстройства в матке, нарушает маточно-плацентарную перфузию, вызывает гипоксию плода. При выявлении признаков депрессии плода введение окситоцина следует немедленно прекратить.

Если инфузия окситоцина неэффективна в течение часа, то продолжать ее нецелесообразно.

Нельзя проводить введение окситоцина при дискоординированной родовой деятельности, при появлении локальной болезненности в области узла.

36. Показания к плановому кесареву сечению при фибромиоме матки.

- 1) Расположение фиброматозного узла в полости малого таза.
- 2) Наличие больших множественных внутримышечных фиброматозных узлов.
- 3) Сочетание миомы с другими заболеваниями и осложнениями беременности, которые являются показаниями к этой операции.
- 4) Угрожаемое состояние плода.
- 5) Наличие рубца на матке после консервативной миомэктомии со вскрытием полости матки и осложненным течением послеоперационного периода.

Миоматозные узлы, препятствующие нормальному вставлению головки при продвижении плода (подслизистая локализация опухоли).

37. Показания к удалению матки во время кесарева сечения при фибромиоме матки.

- 1) Консервативная миомэктомия показана при наличии субсерозного расположения фиброматозного узла на ножке и при обнаружении небольшого узла по линии разреза на матке.
- 2) Удаление матки во время кесарева сечения показано при:
 - шеечной миоме;
 - некрозе миоматозного узла;

Устранение ацидоза. Ввести 2,5 %-ный раствор натрия гидрокарбоната – 1–2 л. Скорость 1 л в 3 часа под контролем рН. При значительном ацидозе – перитонеальный диализ или гемодиализ.

Противошоковые мероприятия. Полиглюкин – 400,0–1200,0 в/в струйно или капельно (в зависимости от уровня АД). Реополиглюкин – 400,0–1000,0; рондекс – 400,0–800,0 в/в капельно. Гидрокортизона гемисукцинат – 250–500 мг в/в капельно в физиологическом растворе.

Проводится оксигенотерапия (в режиме ГБО); антибактериальная терапия антибиотиками широкого спектра действия; антианемическая терапия; коррекция сердечной недостаточности.

5. Гипогликемические состояния и гипогликемическая кома.

Основные лабораторные критерии диагноза:

- содержание сахара крови менее 2,75 ммоль/л;
- быстрое снижение сахара крови до нормо- или даже гипергликемии (например, с 22,2 до 11,7 ммоль/л).

Проводимые мероприятия:

Если сознание сохранено, то дать внутрь 40 %-ный раствор глюкозы, горячий сладкий чай, накормить больную несколько раз с короткими интервалами.

Если сознание утрачено, то ввести 40 %-ный раствор глюкозы – 60,0–80,0 в/в струйно, если сознание не восстановилось, то повторно 80,0 в/в струйно, если сознание не восстановилось, то повторно ввести 40 %-ный раствор глюкозы – 40,0–50,0 или 5 %-ный раствор глюкозы – 500,0–1000,0 в/в капельно в течение нескольких часов. К глюкозе добавить: преднизолон 30–60 мг (гидрокортизон – 75–100 мг), кокарбоксилазу – 100 мг, 5 % раствор аскорбиновой кислоты – 5,0 мл.

44. Показания к операции кесарева сечения при сахарном диабете.

Наличие сосудистых осложнений диабета, прогрессирующих во время беременности (диабетическая ретинопатия, интеркапиллярный гломерулосклероз).

Наличие лабильного диабета со склонностью к кетоацидозу.

Прогрессирующая гипоксия плода при отсутствии условий для срочного родоразрешения через естественные родовые пути и при сроке беременности не менее 36 недель.

Наличие тяжелого, не поддающегося лечению гестоза.

Тазовое предлежание плода.

Наличие гигантского плода.

45. Лечение надпочечникового криза.

Гидрокортизон при прекоме вводят одновременно в/в (100 мг) и в\м (100 мг), при коме – 150 мг в/в и 150 мг в\м; или 250 мг кортизона в\м в 2–

61. Показания к оперативным вмешательствам на почке в связи с осложнениями острого пиелонефрита.

1. Показания к катетеризации мочеточников: отсутствие восстановления оттока мочи, несмотря на проведение рационального положения тела, применения мочегонных средств растительного происхождения, активной антибактериальной терапии.

2. Показания к декапсуляции почки, вскрытию гнойных очагов, наложению нефростомы; отсутствие эффекта от катетеризации мочеточников в течение 3–4 дней (гектическая температура, ознобы, проливной пот, нарастающий лейкоцитоз).

62. Степени многоводия по данным УЗИ.

Легкая степень – величина вертикального кармана 8–11 см.

Средняя степень – 12–15 см.

Выраженное многоводие – 16 и более см.

63. Определение терминов «выпадение» и «предлежание» пуповины.

Термин «предлежание пуповины» употребляется, когда при целых плодных оболочках пуповина определяется ниже предлежащей крупной части плода.

Термин «выпадение пуповины» употребляется, когда при излитии вод пуповина определяется в зеве, во влагалище или вне половой щели.

64. Тиреотоксический криз.

Тиреотоксический криз – острое, грозное осложнение диффузного токсического зоба. Развивается после перерыва в лечении тиреотоксическими препаратами, интеркуррентных инфекций, интоксикаций, оперативных вмешательств, стрессов, физического переутомления, у больных с нераспознанным заболеванием. У беременных может развиваться при токсикозе беременных, передозировке тиреоидина.

ТТК расценивают как эндотоксический шок, развивающийся вследствие гиперметаболического состояния, связанного с гиперпродукцией и выбросом тиреоидных гормонов в кровяное русло. В патогенезе ТТК большая роль отводится дисфункции ЦНС и эндокринной системы.

В развитии ТТК выделяют начальную (прекома) и коматозную стадии. Прекоматозная стадия характеризуется подострым началом, утяжелением симптомов заболевания: гиперемия или цианоз кожи лица, конечностей, потливость, гипертермия до фебрильных цифр. Резко увеличивается пульсовое давление; тахикардия (150–160 уд./мин.); учащается дыхание; появляются боли в животе, тошнота, рвота, диарея,

Учебное издание

*Ушакова Галина Александровна
Григорук Надежда Петровна
Новикова Оксана Николаевна*

Акушерство в алгоритмах

*Корректор, технический редактор – Аносова К. М.
Художественный редактор – Сапова Т. А.
Ответственный редактор – Ушакова Г. А.*

Подписано в печать 08.09.2008. Тираж 100 экз. Формат 21×30½.
Условных печатных листов 8,9. Печать трафаретная.