

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**
18 июня 2026 г. № 73

Об утверждении клинического протокола

На основании абзаца девятого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХП «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8 и подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить клинический протокол «Оказание медицинской помощи женщинам при родоразрешении» (прилагается).

2. Внести в клинический протокол «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии», утвержденный постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 февраля 2018 г. № 17, следующие изменения:

пункт 8 группы № 11.3 таблицы 1 приложения 2 к этому клиническому протоколу исключить;

пункты 15–19 приложения 3 к этому клиническому протоколу исключить;

в таблице 3 приложения 4 к этому клиническому протоколу позиции:

«N97.2 Женское бесплодие маточного происхождения, связанное с врожденной аномалией матки. Дефект имплантации эмбрионов		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Гистероскопия и (или) РДВ. Лапароскопия по показаниям. Консультация врача- генетика по показаниям.	В послеоперационном периоде: Антибиотикопрофилактика (Группа № 12). НПВС (Группа № 29). Аналгетики (группа № 31). Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО)	7–10 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. При добавочном маточном роге – его удаление; при внутриматочной перегородке – ее иссечение; при внутриматочных синехиях – рассечение спаек.»

изложить в следующей редакции:

«N97.2 Женское бесплодие маточного происхождения		
Связанное с врожденной аномалией матки		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Гистероскопия и (или) РДВ. Лапароскопия по медицинским показаниям. Консультация врача- генетика по медицинским показаниям.	В послеоперационном периоде: Антибиотикопрофилактика (Группа № 12). НПВС (Группа № 29). Аналгетики (группа № 31). Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО)	7–10 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. При добавочном маточном роге – его удаление; при внутриматочной перегородке – ее иссечение; при внутриматочных синехиях – рассечение спаек.

Дефект имплантации яйцеклетки		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Аспирационная биопсия эндометрия (Papel биопсия). Гистероскопия и (или) РДВ (по медицинским показаниям).	Лечение недостаточного роста (гипоплазии) эндометрия (толщина эндометрия в перiovуляторный период менее 7 мм): Группа № 5. Группа № 3.1	В амбулаторных условиях: эстрогены назначаются на 3–5 день менструального цикла или при достижении диаметра доминантного фолликула 14 мм, с последующим назначением аналогов эндогенного прогестерона для поддержания лютеиновой фазы.».

3. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Министр

А.В.Ходжаев

СОГЛАСОВАНО

Брестский областной
исполнительный комитет

Витебский областной
исполнительный комитет

Гомельский областной
исполнительный комитет

Гродненский областной
исполнительный комитет

Могилевский областной
исполнительный комитет

Минский областной
исполнительный комитет

Минский городской
исполнительный комитет

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
18.06.2026 № 73

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Оказание медицинской помощи женщинам при родоразрешении»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи женщинам при родоразрешении (шифры по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10) представлены в приложении 1).

2. Для целей настоящего клинического протокола используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующие термины и их определения:

анатомически узкий таз – таз, в котором один или все наружные размеры малого таза отличаются от нормальных на 2 см и более, а внутренние размеры меньше нормы на 0,1–0,5 см;

аспирационный пневмонит – острое повреждение легких, связанное с попаданием кислого содержимого желудка в нижние дыхательные пути (кисотно-аспирационный

синдром, синдром Мендельсона) и проявляющееся развитием признаков острой дыхательной недостаточности с последующим присоединением инфекционного компонента;

атипичные щипцы – наложение щипцов при косом расположении стреловидного шва¹ (возможно при расположении головки в узкой части полости малого таза);

¹ Определение расположения стреловидного шва при наличии выраженной конфигурации головки, при большой родовой опухоли, затруднительно или практически невыполнимо.

вакуум-экстракция – влагалищная родоразрешающая операция для быстрого извлечения живого плода за головку во II периоде родов с помощью вакуум-экстрактора;

головное предлежание плода – положение плода, когда головка плода находится над входом в таз матери, она первой проходит через родовые пути;

дихориальная диамниотическая двойня – беременность, при которой у каждого плода имеются собственная плацента и амниотическая полость;

клинически (функционально) узкий таз – таз, анатомические размеры которого не обеспечивают прохождения через него плода;

многоплодная беременность – беременность, при которой в организме женщины развиваются два или более плодов;

монохориальная диамниотическая двойня – беременность, при которой имеется одна общая плацента для обоих плодов и две амниотические полости;

монохориальная моноамниотическая двойня – беременность, при которой у плодов общая плацента и амниотическая полость;

наложение акушерских щипцов – влагалищная родоразрешающая операция, предназначенная для быстрого извлечения во II периоде родов живого плода за головку специальным инструментом;

неудачная попытка вакуум-экстракции – отсутствие продвижения головки плода во время тракции после двух предпринятых тракций или повторное «соскальзывание» (отрыв) чашечки вакуум-экстрактора;

неудачная попытка наложения акушерских щипцов – отсутствие продвижения головки плода при правильно наложенных ложках акушерских щипцов или невозможность замыкания, или «соскальзывание» ложек щипцов;

преждевременные роды (далее – ПР) – роды, наступившие в сроки беременности от 22 недель до 36 недель 6 дней;

разгибательное головное предлежание плода – головка плода находится в разогнутом положении во входе в таз матери.

В зависимости от степени разгибания разгибательное головное предлежание плода делится на: переднеголовное (легкое – 1 степень), ведущая точка – область большого родничка, головка рождается прямым размером; лобное (умеренное – 2 степень), ведущая точка – область лба, головка плода вставляется в плоскость входа в малый таз большим косым размером; лицевое (выраженное – 3 степень), ведущая точка – область подбородка, головка плода;

синдром селективной задержки роста плода – осложнение многоплодной беременности, характеризующееся задержкой роста одного из плодов (предполагаемая масса плода ниже 10-го перцентиля) и разницей предполагаемой массы плодов более 25 %;

своевременные роды – роды в 37–41 неделю 6 дней беременности;

синдром анемии-полицитемии – осложнение монохориальной многоплодной беременности, характеризующееся наличием в плаценте однонаправленных анастомозов малого диаметра, развитием хронической анемии у плода-донора и полицитемии у плода-реципиента, при отсутствии значимых различий величины индекса амниотической жидкости в амниотических полостях;

тазовое предлежание плода – положение плода, когда тазовый конец плода (ягодицы и (или) ножки (ножка) плода) находятся над входом в таз матери (чистое ягодичное

предлежание – ножки согнуты в тазобедренных суставах и разогнуты в коленных, предлежат только ягодичцы плода; смешанное ягодичное предлежание – ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах, предлежат ягодичцы и стопы плода) вставляется в плоскость входа в малый таз вертикальным размером;

типичные щипцы – щипцы, которые накладываются на головку, которая завершила или практически завершила внутренний поворот (головка стоит стреловидным швом в прямом или почти прямом размере), идеально захватывают головку, и тракции совершаются практически в одном направлении;

токсическая реакция на местную анестезию во время родов и родоразрешения – патологический процесс, вызванный передозировкой местноанестезирующих средств в результате избыточного введения внутривенного анестетика, случайной спинномозговой, внутриартериальной или эпидуральной инъекции;

физиологические роды – своевременные роды одним плодом, начавшиеся спонтанно, с низким риском акушерских осложнений к началу родов и прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился самопроизвольно в головном предлежании, после которых родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии;

фето-фетальный трансфузионный синдром – осложнение монохориальной многоплодной беременности, обусловленное наличием несбалансированных сосудистых анастомозов плаценты, приводящих к развитию многоводия у плода-реципиента и маловодия у плода-донора.

3. Фармакотерапия женщинам при родах и родоразрешении назначается в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом всех индивидуальных особенностей пациента, тяжести заболевания, наличия сопутствующей патологии и клинико-фармакологической характеристики лекарственного препарата (далее – ЛП). При этом необходимо учитывать наличие индивидуальных медицинских противопоказаний, аллергологический и фармакологический анамнез.

Применение ЛП осуществляется по медицинским показаниям и в режиме дозирования в соответствии с общей характеристикой ЛП и инструкцией по медицинскому применению (листком-вкладышем). Допускается включение в схему лечения ЛП по медицинским показаниям, не указанным в инструкции по медицинскому применению (листочке-вкладыше), дополнительно указываются особые условия назначения, способ применения, доза, длительность и кратность приема.

Группы ЛП, применяемых при оказании медицинской помощи женщинам при родоразрешении, указаны в приложении 2.

4. По решению врачебного консилиума объем лечения может быть расширен с использованием других методов, не включенных в настоящий клинический протокол, если это осуществляется в интересах пациента по жизненным показаниям.

ГЛАВА 2

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РОДАХ

5. Настоящая глава устанавливает общие требования к диагностическим и лечебным мероприятиям при физиологическом течении родов (шифр по МКБ-10 – О80.0 Самопроизвольные роды в затылочном предлежании), включая медицинское наблюдение за роженицей, ведение периодов родов и послеродовое медицинское наблюдение.

6. Объективными признаками начала физиологических родов являются регулярные схватки с частотой 2–3 схватки за 10 минут и структурные изменения шейки матки (укорочение-сглаживание-раскрытие).

Физиологические роды состоят из следующих периодов:

I период родов – время от начала регулярных схваток до полного раскрытия акушерского зева (включает латентную и активную фазы);

латентная фаза характеризуется схватками, сглаживанием и прогрессирующим раскрытием акушерского зева до 5 см. Продолжительность латентной фазы

у первородящих женщин составляет не более 10 часов, у повторнородящих женщин – до 8 часов;

активная фаза характеризуется регулярными схватками, более быстрым раскрытием акушерского зева от 5 см до 10–12 см (полное раскрытие). Продолжительность активной фазы составляет не более 6 часов у первородящих женщин, у повторнородящих женщин – до 5 часов;

II период родов – время от полного раскрытия акушерского зева до рождения плода. Продолжительность II периода у первородящих женщин составляет не более 2 часов, у повторнородящих женщин – не более 1 часа. Продолжительность II периода может увеличиться на 1 час при проведении нейроаксиальной анальгезии и составить до 3 часов у первородящих женщин и до 2 часов у повторнородящих женщин;

III период родов – время от рождения плода до рождения последа, продолжительность составляет до 30 минут.

Общая продолжительность родов составляет до 18 часов.

7. Тактика ведения I периода родов включает:

изучение жалоб и данных обменной карты, сбор анамнеза;

медицинский осмотр роженицы: термометрия, измерение артериального давления (далее – АД) на обеих руках, подсчет пульса; осмотр зева, кожи, молочных желез; осмотр на педикулез; определение роста и массы тела;

оценку продолжительности, частоты и регулярности маточных сокращений;

специальное наружное акушерское обследование: измерение размеров таза, окружности живота, высоты стояния дна матки; определение наружными приемами положения, позиции и предлежащей части плода, выслушивание сердцебиения плода;

влагалищное исследование при поступлении, затем каждые 4 часа или при изменении акушерской ситуации (излитие околоплодных вод, ухудшение состояния роженицы или плода, появление патологических кровянистых выделений из половых путей, перед проведением анальгезии (введением анальгетиков), перед назначением родостимуляции): раскрытие шейки матки; наличие (отсутствие) плодного пузыря; определение предлежащей части плода и ее расположения по отношению к основным ориентирам плоскостей таза; расположение стреловидного шва и других ориентиров головки плода (при тазовом предлежании – ориентиров ягодичной области плода);

определение срока беременности по дате последней менструации и данным ультразвукового исследования (далее – УЗИ) плода;

определение предполагаемой массы плода;

постановку диагноза и составление плана родоразрешения при поступлении и при изменении акушерской ситуации;

ведение партограммы с целью динамической оценки состояния роженицы, плода и родовой деятельности;

выслушивание сердцебиения плода акушеркой каждые 30 минут между записями кардиотокограммы (далее – КТГ);

запись КТГ не менее 30 минут при поступлении, каждые 3 часа до завершения родов или в случае возникновения патологической акушерской ситуации (при необходимости – мониторинг);

контроль активного поведения роженицы (свободный выбор позиции), физиологических отпавлений;

очистительная клизма (проводится по желанию роженицы);

лабораторные методы исследования:

определение группы крови по системам АВ0 и Резус;

общий анализ крови (далее – ОАК);

общий анализ мочи (далее – ОАМ);

питание в I периоде родов ограничено: прием легкой пищи небольшими порциями при отсутствии медицинских показаний к предстоящему оперативному родоразрешению; питье – по желанию женщины;

обезболивание: приемы самообезболивания, приемы самомассажа, применяемые во время схваток (поглаживание нижней половины живота, кожи в пояснично-крестцовой

области, прижатие кожи у боковых углов крестцового ромба, прижатие кожи к внутренней поверхности гребней подвздошных костей); свободный выбор позиции; принятие душа; самомассаж; техника управления дыханием. При выраженном болевом синдроме после влагалищного исследования выполняется обезболивание с выбором ЛП или назначением нейроаксиальной анальгезии, представленных в приложении 2;

амниотомия выполняется после раскрытия акушерского зева на 8 см.

8. Тактика ведения II периода родов включает:

выслушивание сердцебиения плода (аускультация) после каждой схватки или запись КТГ;

контроль общего состояния роженицы (сознание, цвет кожи и слизистых, пульс, АД), состояния нижнего маточного сегмента, характера родовой деятельности, выделений из половых путей;

с момента врезывания головки – готовность к оказанию акушерского пособия;

с момента прорезывания головки – оказание акушерского пособия при рождении плода;

после рождения головки за вульварное кольцо – ожидание самостоятельного рождения переднего плечика в течение следующего цикла «схватка-пауза» при отсутствии осложнений у матери и плода;

отсасывание слизи из верхних дыхательных путей новорожденного по медицинским показаниям;

оценку состояния новорожденного по шкале Апгар через 1 минуту и 5 минут после рождения;

вытирание новорожденного сухой пеленкой и выкладывание на живот матери, укрывание теплым одеялом;

отделение новорожденного от матери (пересечение пуповины) не ранее, чем через 1–2 минуты;

обработка пуповины и пуповинного остатка не проводится (сухое ведение).

9. Тактика ведения III периода родов включает:

выведение мочи катетером;

контроль общего состояния роженицы (сознание, цвет кожи и слизистых, пульс, АД), состояния матки, выделений из половых путей;

выявление признаков отделения плаценты в течение 30 минут. При появлении признаков отделения плаценты женщине предлагается потужиться и ожидать рождения последа;

осмотр последа;

оценка общей кровопотери. Физиологическая кровопотеря не должна превышать 0,5 % массы тела роженицы, предельно допустимая кровопотеря – 500 мл;

антропометрия, паспортизация новорожденного;

назначение одного из ЛП подгруппы № 1.3 группы № 1, представленных в приложении 2, в целях медицинской профилактики послеродового маточного кровотечения.

10. Медицинское наблюдение за родильницей в родовом отделении (блоке) в течение 2 часов после рождения последа с контролем пульса, АД, цвета кожи и слизистых оболочек, тонуса матки, количества выделений из половых путей каждые 15 минут.

Прикладывание новорожденного к груди в течение 30 минут после рождения (при готовности ребенка и отсутствии необходимости оказания экстренной помощи новорожденному или матери);

11. После перевода из родильного зала (более 2 часов после рождения последа) осуществляется ежедневное медицинское наблюдение за родильницей в послеродовом отделении (контроль пульса, АД, цвета кожи и слизистых оболочек, состояния молочных желез, сосков, активности лактации, высоты стояния дна матки и плотности матки, количества выделений из половых путей).

12. Ранняя выписка осуществляется на третьи сутки.

13. У Rh-отрицательных женщин в случае отсутствия анти-D антител при Rh-положительной принадлежности крови новорожденного выполняется медицинская профилактика резус-иммунизации в течение 72 часов после родов – назначается один из ЛП группы № 16, представленных в приложении 2.

ГЛАВА 3

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ РОДАХ В ЯГОДИЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

14. Настоящая глава определяет порядок диагностических и лечебных мероприятий при самопроизвольных родах в ягодичном предлежании плода (шифр по МКБ-10 – О80.1 Самопроизвольные роды в ягодичном предлежании), устанавливая медицинские показания к ведению родов через естественные родовые пути и особенности акушерской тактики.

15. Физикальное обследование в родах проводится аналогично способам, изложенным в пункте 7 настоящего клинического протокола.

16. Медицинскими показаниями для родоразрешения через естественные родовые пути при ягодичном предлежании плода являются:

- чистое ягодичное предлежание плода;
- предполагаемая масса плода не более 3600 г;
- отсутствие анатомически узкого таза;
- удовлетворительное состояние плода;
- отсутствие послеоперационного рубца матки, требующего оказания медицинской помощи матери;
- отсутствие медицинских показаний для кесарева сечения.

17. Особенности родоразрешения через естественные родовые пути при чистом ягодичном предлежании плода являются:

- I период родов:
 - амниотомия выполняется при полном раскрытии акушерского зева;
 - медицинская профилактика вторичной слабости родовой деятельности и слабости потуг проводится после раскрытия акушерского зева на 9 см – назначается ЛП (окситоцин) из подгруппы № 1.2 группы № 1, представленной в приложении 2;
- II период родов:
 - тактика активно-выжидательная;
 - эпизиотомия у первородящих;
 - акушерское пособие по Цовьянову I с момента прорезывания ягодич;
 - при затрудненном выведении плечевого пояса плода или головки, запрокидывании ручек оказывается классическое ручное пособие (прием Морисо-Левре-Лашапель).

ГЛАВА 4

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ПР

18. Настоящая глава регламентирует диагностические и лечебные мероприятия при ПР (шифры по МКБ-10 – О60.0 Преждевременные роды без родоразрешения; О60.1 Преждевременные самопроизвольные роды с досрочным родоразрешением; О60.2 Преждевременные самопроизвольные роды со своевременным родоразрешением; О60.3 Преждевременное родоразрешение без самопроизвольных родов), определяя тактику ведения в зависимости от срока беременности, массы плода и необходимости применения токолитической, глюкокортикоидной и нейтропротективной терапии.

19. Выделяют следующие виды ПР:

- экстремально ранние ПР – роды, наступившие в сроки беременности от 22 недель до 27 недель 6 дней;
- ранние ПР – роды, наступившие в сроки беременности от 28 недель до 33 недель 6 дней;
- поздние ПР – роды, наступившие в сроки беременности от 34 недель до 36 недель 6 дней.

20. Обязательные диагностические исследования при поступлении в больничную организацию беременной женщины при подозрении на ПР:

термометрия; измерение АД на обеих руках; подсчет пульса и частоты сердечных сокращений (далее – ЧСС); осмотр зева, кожи, молочных желез; осмотр на педикулез; определение роста и массы тела;

специальное наружное акушерское обследование (измерение размеров таза, окружности живота, высоты стояния дна матки; определение наружными приемами положения, позиции и предлежащей части плода, выслушивание сердцебиения плода);

осмотр шейки матки в зеркалах, влагалищное исследование (пальпация шейки матки с определением ее характеристик (расположение по оси таза, консистенция, длина, проходимость цервикального канала или раскрытие в см); наличие (отсутствие) плодного пузыря, определение предлежащей части плода и ее расположения по отношению к основным ориентирам плоскостей таза (медицинским противопоказанием для влагалищного исследования является предлежание плаценты);

определение частоты, продолжительности и интенсивности маточных сокращений;

запись КТГ не менее 30 минут при поступлении, а также каждые 3 часа до завершения родов или в случае возникновения патологической акушерской ситуации (при необходимости – мониторинг);

лабораторные исследования при подозрении на начавшиеся ПР:

ОАК с лейкоцитарной формулой;

биохимический анализ крови: определение уровня С-реактивного белка (далее – СРБ);

ОАМ;

бактериологическое исследование отделяемого из заднего свода влагалища на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы;

тест на наличие во влагалищном отделяемом околоплодных вод (при подозрении на преждевременный разрыв плодных оболочек).

УЗИ беременным с начавшимися или угрожающими ПР.

21. Лечение беременных с начавшимися или угрожающими ПР проводится в стационарных условиях в соответствии со сроком беременности:

238–258 дней – больничная организация II технологического уровня оказания акушерско-гинекологической и перинатальной помощи (далее – технологический уровень);

197–237 дней – больничная организация III технологического уровня;

154–196 дней – больничная организация IV технологического уровня.

22. В случае развития регулярной родовой деятельности при предполагаемой массе плода свыше 1500 г родоразрешение производится через естественные родовые пути.

Роды через естественные родовые пути выполняются с обезболиванием (применяется нейроаксиальная анальгезия при отсутствии медицинских противопоказаний к ней – назначается один из ЛП группы № 17 «Регионарная анальгезия родов с применением методов спинальной анальгезии и комбинированной спинально-эпидуральной анальгезии, эпидуральной анальгезии», представленных в приложении 2, с применением одного из ЛП группы № 11, представленных в приложении 2.

Амниотомия выполняется не ранее 7–8 см раскрытия акушерского зева, роды ведутся без защиты промежности.

23. При предполагаемой массе плода менее 1500 г выполняется родоразрешение путем операции кесарева сечения, при наличии возможности извлечение плода выполняется в плодных оболочках.

24. В сроке беременности 154–237 дней лечение включает в себя:

токолиз;

медицинскую профилактику респираторного дистресс-синдрома (далее – РДС) плода;

нейропротективную терапию плода сульфатом магния;

антибактериальную терапию.

25. Целью проведения токолиза при начавшихся ПР является снижение частоты и силы сокращений матки для пролонгирования беременности на срок 48 часов и более, в том числе, для проведения медицинской профилактики РДС плода и (или) для перевода беременной в больничную организацию соответствующего технологического уровня.

Медицинскими противопоказаниями к токолизу являются:

- срок беременности свыше 238 дней (34 недель);
- преждевременная отслойка плаценты;
- кровотечение, связанное с предлежанием плаценты;
- признаки хориоамнионита;
- состояния, при которых пролонгирование беременности несет в себе угрозу

для жизни и здоровья матери и плода.

26. С целью токолиза применяется один из ЛП группы № 10, представленных в приложении 2:

26.1. токолиз с применением гексопреналина.

Медицинскими противопоказаниями к назначению гексопреналина при токолизе являются:

ишемическая болезнь сердца или наличие значительных факторов риска развития ишемической болезни сердца;

любое состояние матери или плода, при котором продление беременности опасно (тяжелая токсемия, внутриутробная инфекция, влагалищное кровотечение в результате предлежания плаценты, эклампсия или тяжелая преэклампсия, отслоение плаценты или пережатие пуповины);

внутриутробная гибель плода, диагностированная смертельная врожденная или хромосомная аномалия, ведущая к летальному исходу;

гиперчувствительность (особенно у больных, страдающих бронхиальной астмой и гиперчувствительностью к сульфитам);

тяжелые заболевания печени и почек;

закрытоугольная глаукома;

сердечно-сосудистые заболевания (тахикардии, миокардит, пороки митрального клапана и иные);

26.2. токолиз с применением атозибана.

Медицинскими противопоказаниями к назначению при токолизе атозибана являются:

срок беременности менее 24 или более 33 недель;

преждевременный разрыв околоплодного пузыря при беременности сроком более 30 недель;

аномальная ЧСС у плода;

маточное кровотечение, требующее немедленного родоразрешения;

эклампсия и тяжелая преэклампсия, требующая немедленного родоразрешения;

внутриутробная смерть плода;

подозрение на внутриматочную инфекцию;

предлежание плаценты;

отслоение плаценты;

любые состояния матери и плода, при которых сохранение беременности представляет опасность;

период грудного вскармливания;

возраст беременной до 18 лет;

гиперчувствительность к атозибану или любому из вспомогательных веществ ЛП.

Общая продолжительность токолиза с применением атозибана не должна превышать 48 часов;

26.3. токолиз с применением нифедипина.

Медицинскими противопоказаниями к применению нифедипина являются:

кардиогенный шок;

аортальный стеноз тяжелой степени;

пурпур; состояние во время инфаркта миокарда или на протяжении месяца после него; вторичная медицинская профилактика инфаркта миокарда; комбинация с рифампицином (из-за невозможности достичь эффективных уровней нифедипина в плазме вследствие индукции ферментов); нестабильная стенокардия; воспалительные заболевания кишечника или болезнь Крона; возраст беременной до 18 лет; период грудного вскармливания; гиперчувствительность к нифедипину, другим дигидропиридинам или к любому из компонентов этого ЛП.

Общая длительность лечения нифедипином составляет не более 48 часов.

27. Медицинская профилактика РДС плода проводится в сроке беременности 168–237 дней в случае высокой вероятности наступления родов или родоразрешения в течение ближайших 7 дней курсом из шести внутримышечных инъекций дексаметазона по 4 мг с интервалом в 8 часов. Курсовая доза дексаметазона составляет 24 мг, продолжительность медицинской профилактики – 48 часов. Не менее чем через 14 дней после проведения первого курса медицинской профилактики РДС плода при сохранении высокой вероятности наступления родов или родоразрешения в течение ближайших 7 дней и сроке беременности менее 34 недель проводится повторный курс введения дексаметазона по аналогичной схеме.

Проведение более чем двух курсов медицинской профилактики РДС плода не допускается.

28. С целью нейропротекции и медицинской профилактики внутрижелудочковых кровоизлияний у плода в течение 24 часов или до родов, если они произойдут раньше, применяется магния сульфат из группы ЛП № 9, представленной в приложении 2.

Медицинскими противопоказаниями к применению магния сульфата являются:

непереносимость сульфата магния; применение нифедипина; потребность в срочном родоразрешении по медицинским показаниям со стороны беременной или плода, когда проведение терапии магния сульфатом приведет к необоснованной задержке родоразрешения.

29. Антибиотикотерапия назначается в следующих случаях:

при безводном промежутке более 12 часов; носительстве стрептококков группы В; при появлении признаков хориоамнионита: гипертермия, тахикардия у беременной; тахикардия у плода; болезненность матки при пальпации; обильные и (или) гнойные выделения из влагалища; лейкоцитоз; повышение уровня СРБ.

Назначается один из антибактериальных ЛП из подгруппы № 3.1 группы № 3, представленных в приложении 2, с учетом результатов определения чувствительности к антибиотикам при бактериологическом исследовании отделяемого из заднего свода влагалища.

ГЛАВА 5

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ИНДУКЦИИ РОДОВ

30. Настоящая глава устанавливает требования к диагностическим и лечебным мероприятиям при индукции родов (шифры по МКБ-10 – О61 Неудачная попытка стимуляции родов (О61.0 Неудачная попытка стимуляции родов медикаментозными лекарственными препаратами (окситоцином, простагландинами); О61.1 Неудачная попытка стимуляции родов инструментальными методами (механическими методами, хирургическими методами); О61.8 Другие виды неудачной попытки стимуляции родов; О61.9 Неудачная попытка стимуляции родов неуточненная); О66.4 Неудачная попытка вызвать роды неуточненная (неудачная попытка вызвать роды с последующим кесаревым

сечением); О75.5 Задержка родов после искусственного разрыва плодных оболочек), включая медицинские показания, медицинские противопоказания, методы подготовки шейки матки и последующее родоразрешение.

31. Индукцией родов (родовозбуждением) является прерывание беременности до естественного начала родовой деятельности по медицинским показаниям с использованием ЛП, механических и иных средств, разрешенных к применению в акушерстве, а также их сочетаний.

32. Отсутствие эффекта от индукции – отсутствие готовности к родам по состоянию шейки матки («незрелая», «недостаточно зрелая») и (или) отсутствие родовой деятельности;

33. Задержка родов после искусственного разрыва плодных оболочек – отсутствие родовой деятельности при индукции родов амниотомией в течение 3 часов у первородящих и 4 часов у повторнородящих женщин.

34. Неудачная попытка индукции родов – окончательный диагноз, предполагающий завершение беременности операцией кесарева сечения в связи с отсутствием родовой деятельности и (или) динамики сглаживания шейки матки и раскрытия акушерского зева. Диагноз на основании клинических, функциональных и иных данных устанавливает врач-акушер-гинеколог по предполагаемому исходу родов.

35. Решение о проведении индукции родов принимается врачебным консилиумом.

36. Для оценки врачом-акушером-гинекологом готовности к родам репродуктивной системы проводится оценка состояния «зрелости» шейки матки по модифицированной шкале Бишопа согласно приложению 3.

37. Медицинскими показаниями для индукции родов являются:

преждевременный разрыв плодных оболочек в 34 и более недель беременности (при недоношенной беременности – индукция родов не ранее, чем через 24 часа после момента разрыва плодных оболочек; при доношенной беременности – не ранее чем через 3–6 часов);

беременность сроком 41 неделя и более (при отсутствии иных медицинских показаний);

внутрипеченочный холестаз в сроке 37–38 недель беременности;

хроническая артериальная гипертензия с контролируемым АД (до 160/110 мм рт. ст.) – после 37 недель беременности;

гестационная артериальная гипертензия с учетом ее тяжести и эффективности терапии в 37 недель беременности и более;

гестационный сахарный диабет без метаболических нарушений с массой плода, соответствующей сроку беременности, в 39–40 недель беременности;

диабет I и II типа, гестационный сахарный диабет и нарушенный гликемический профиль, несмотря на лечение, при наличии сосудистых нарушений, при массе плода более 90 перцентиля или других признаков фетопатии в 37–39 недель беременности;

антенатальная гибель плода независимо от срока беременности;

гемолитическая болезнь плода после 37 недель беременности с учетом зрелости шейки матки.

38. Медицинскими противопоказаниями для индукции родов являются:

любое медицинское противопоказание для родов через естественные родовые пути;

медицинские противопоказания к использованию определенного индуктора.

39. Продолжительность проведения индуцированных родов (от введения индуктора до завершения индуцированных родов) не должна превышать 48 часов (за исключением случаев индукции родов мифепристоном при целом плодном пузыре – до 72 часов).

КТГ плода проводится перед введением индуктора, через 2 часа после введения индуктора и далее каждые 12 часов.

40. При «недостаточно зрелой» и «незрелой» шейке матки на первом этапе применяются механические средства (натуральные или синтетические гигроскопические расширители, цервикальный баллонный катетер, катетер Фолея и иные) для снижения лекарственной нагрузки на организм матери и плода. При достижении эффекта «зрелой» шейки матки, проводится амниотомия.

Перечень медицинских изделий, используемых при индукции родов, представлен в приложении 4.

При отсутствии эффекта от применения механических средств («недостаточно зрелая» и «незрелая» шейка матки) и целом плодном пузыре врачебным консилиумом может быть принято решение о последовательном применении местных форм динопростона.

41. При «недостаточно зрелой» и «незрелой» шейке матки применяется мифепристон из подгруппы № 1.1 группы № 1, представленный в приложении 2. Если после первой дозы (200 мг) изменения в шейке матки не достигли степени зрелости 8 баллов и более, повторный прием ЛП (200 мг) проводится через 24 часа.

После двукратного применения мифепристона врачебным консилиумом принимается решение о дальнейшем проведении индукции родов («зрелая» шейка матки – амниотомия, «недостаточно зрелая» – местные формы простагландинов) или родоразрешении путем операции кесарева сечения («незрелая» шейка матки – неудачная попытка вызвать роды).

42. При «недостаточно зрелой» и «незрелой» шейке матки применяются местные формы простагландинов из подгруппы № 1.1 группы № 1, представленных в приложении 2. Достижимым эффектом является «зрелая» шейка матки (8 баллов и более) в течение 24 часов после одного цикла (двух введений в дозировке согласно инструкции по применению (листку-вкладышу). При достижении зрелости шейки матки выполняется амниотомия.

43. При отсутствии эффекта от индукции родов выполняется операция кесарево сечение.

44. Амниотомия, как первый этап индукции родов, проводится при наличии «зрелой» шейки матки. Амниотомия, как последующий этап индукции родов, проводится всем беременным при достижении «зрелой» шейки матки в результате применения механических и (или) лекарственных индукторов.

45. При отсутствии (задержке) родовой деятельности после амниотомии в течение 3 часов у первородящих, 4 часов у повторнородящих проводится родовозбуждение утеротониками (окситоцин или динопростон) из подгруппы № 1.2 группы № 1, представленными в приложении 2.

46. При отсутствии эффекта от введения окситоцина (динопростона) (отсутствие родовой деятельности и (или) динамики сглаживания шейки матки и раскрытия акушерского зева до 4 см в течение 3–5 часов) принимается решение о родоразрешении путем операции кесарева сечения.

47. При выраженном болевом синдроме после влагалищного исследования выполняется обезболивание с выбором ЛП из групп № 11, № 13 или назначением нейроаксиальной анальгезии из группы № 17, представленных в приложении 2.

ГЛАВА 6

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ НАРУШЕНИЯХ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

48. Настоящая глава определяет подходы к диагностике и лечебным мероприятиям при нарушениях родовой деятельности (шифр по МКБ-10 – О62 Нарушения родовой деятельности (родовых сил) (О62.0 Первичная слабость родовой деятельности; О62.1 Вторичная слабость родовой деятельности; О62.2 Другие виды слабости родовой деятельности; О62.4 Гипертонические, некоординированные и затянувшиеся сокращения матки; О62.8 Другие нарушения родовой деятельности; О62.9 Нарушение родовой деятельности неуточненное), охватывая такие состояния, как первичная и вторичная слабость, дискоординация и чрезмерно сильная родовая деятельность, с указанием критериев диагностики и алгоритмов лечения.

49. Нарушениями родовой деятельности являются клинические и инструментальные признаки, указывающие на нарушение нормального биомеханизма родов,

сопровождаясь замедлением раскрытия акушерского зева и продвижения плода по родовому каналу, с возможным ухудшением состояния плода.

К нарушениям родовой деятельности относятся:

первичная слабость родовой деятельности – снижение базального тонуса и возбудимости матки, ослабление интенсивности схваток, уменьшение их частоты, не сопровождающееся расстройствами координации сокращений матки в отдельных ее частях, замедление реализации биомеханизма родов в I периоде до 5 см раскрытия акушерского зева;

вторичная слабость родовой деятельности – ослабление интенсивности схваток, уменьшение их частоты, укорочение длительности, которое происходит в I периоде родов после 5 см раскрытия акушерского зева, что приводит к замедлению дальнейшего раскрытия акушерского зева, или во II периоде родов, когда поступательное движение подлежащей части плода по родовому каналу замедляется или прекращается;

стремительные роды – роды, продолжающиеся менее 4 часов у первородящих женщин и менее 2 часов у повторнородящих женщин;

быстрые роды – роды, продолжающиеся менее 6 часов у первородящих женщин и менее 4 часов у повторнородящих женщин;

дискоординация родовой деятельности (гипертонические, некоординированные и затянувшиеся сокращения матки) – нарушение сократительной деятельности матки, сопровождающееся схватками нерегулярными по силе, продолжительности и частоте.

50. Диагностические исследования при нарушениях родовой деятельности (замедлении темпа раскрытия акушерского зева и отсутствие поступательного движения подлежащей части плода):

наружное и внутреннее акушерское обследование;

КТГ;

оценка состояния плода.

51. Критерии установления диагноза нарушений родовой деятельности:

51.1. диагноз первичной слабости родовой деятельности устанавливается в I периоде родов (до раскрытия акушерского зева 5 см) при наличии в течение 2 часов признаков слабости сократительной деятельности матки на КТГ и отсутствии динамики родового процесса по данным влагалищного исследования;

51.2. диагноз вторичной слабости родовой деятельности устанавливается в I периоде родов (после раскрытия акушерского зева 5 см) при наличии в течение 2 часов признаков слабости сократительной деятельности матки на КТГ и отсутствии динамики родового процесса по данным влагалищного исследования;

51.3. диагноз вторичной слабости родовой деятельности во II периоде родов (при слабости потуг) устанавливается при наличии в течение 2 часов у первородящей женщины и в течение 1 часа у повторнородящей женщины признаков слабости сократительной деятельности матки (уменьшение частоты схваток) и отсутствия продвижения подлежащей части плода по родовому каналу;

51.4. диагноз чрезмерно сильной родовой деятельности после завершения родов устанавливается по продолжительности: у первородящих женщин – 4 часа, у повторнородящих женщин – 2 часа;

51.5. диагноз дискоординации родовой деятельности (гипертонические, некоординированные и затянувшиеся сокращения матки) устанавливается по результатам КТГ (деформированные контуры схваток различной амплитуды и частоты следования), а также по клиническим проявлениям: резко болезненные частые длительные схватки; увеличение базального тонуса матки; тошнота, рвота; чувство страха. При наружном и внутреннем акушерском обследовании диагностируются отсутствие динамики родов, при пальпации – края акушерского зева толстые, часто отечные, ригидные.

52. Лечение нарушений родовой деятельности:

52.1. лечение первичной слабости родовой деятельности начинается сразу после постановки диагноза, назначение утеротоников проводится не более 6 часов (1 доза утеротоника).

При целом плодном пузыре и сглаженной шейке матки выполняется амниотомия, медицинское наблюдение за динамикой родовой деятельности после амниотомии осуществляется в течение 2 часов.

При отсутствии динамики раскрытия акушерского зева после амниотомии проводится родостимуляция утеротониками из подгруппы № 1.2 группы № 1, представленными в приложении 2: при раскрытии акушерского зева до 5 см – родостимуляция динопростомом или окситоцином; при раскрытии акушерского зева более 5 см – родостимуляция окситоцином. Для оценки эффективности родостимуляции выполняется внутреннее акушерское исследование через 2 часа от начала введения утеротоника.

При родостимуляции запись КТГ проводится в течение первого часа, далее – 30 минут каждый второй час. При введении утеротоников может назначаться медикаментозное обезболивание или региональная анестезия, спазмолитики используются только в комбинированном обезболивании вместе с анальгетиками.

По окончании введения 1 дозы утеротоника (не более 6 часов родостимуляции) врачебным консилиумом принимается решение о введении 2 дозы утеротоника или о завершении родов операцией кесарева сечения.

Медицинскими показаниями для выполнения экстренной операции кесарева сечения являются отсутствие эффекта от фармакотерапии первичной слабости родовой деятельности и (или) развитие дистресса плода;

52.2. лечение вторичной слабости родовой деятельности в I периоде родов проводится не более 4 часов окситоцином – ЛП из подгруппы № 1.2 группы № 1, представленным в приложении 2. Оценка эффективности введения окситоцина проводится через 2 часа от начала введения (внутреннее акушерское исследование для оценки динамики раскрытия акушерского зева и продвижения головки плода).

В I периоде родов при введении утеротоников и наличии болевого синдрома после влажного исследования выполняется обезболивание с выбором ЛП из группы № 13 или назначением нейроаксиальной анальгезии из группы № 17, представленных в приложении 2;

52.3. лечение вторичной слабости родовой деятельности во II периоде родов (слабость потуг) проводится окситоцином – ЛП из подгруппы № 1.2 группы № 1, представленным в приложении 2, который вводится в течение одного часа. Обезболивание осуществляется только анальгетиком (метамизол натрия) из группы № 13, представленным в приложении 2.

При отсутствии эффекта от родостимуляции в течение одного часа дальнейшая тактика родоразрешения определяется по решению врачебного консилиума: при расположении головки плода в плоскости широкой части полости таза (спереди – середина лонного сочленения, сзади – соединение II–III крестцового позвонка) и выше выполняется операция кесарева сечения, при расположении головки плода ниже плоскости широкой части полости таза – вакуум-экстракция плода;

52.4. лечение чрезмерно сильных родовых схваток направлено на снижение повышенной активности матки. Применяется внутривенное капельное введение ЛП для токолиза (гексопреналин из группы № 10), анальгетиков из группы № 13 и спазмолитиков из группы № 11, представленных в приложении 2, с обязательным контролем за состоянием плода с использованием КТГ в течение 1–2 часов;

52.5. лечение дискоординации родовой деятельности (гипертонических, некоординированных и затянувшихся сокращений матки) проводится на фоне непрерывной записи КТГ в течение 2 часов. Тактика родоразрешения определяется по решению врачебного консилиума.

Применяется внутривенное капельное введение ЛП для токолиза: гексопреналин из группы № 10, анальгетиков из группы № 13, спазмолитиков из группы № 11, представленных в приложении 2.

При отсутствии эффекта от лечения дискоординации родовой деятельности и (или) возникновении дистресса плода выполняется родоразрешение путем операции кесарево сечение.

ГЛАВА 7

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ЗАТЯЖНЫХ РОДАХ

53. Настоящая глава описывает диагностические и лечебные мероприятия при затяжных родах (шифр по МКБ-10 – О63 Затяжные роды (О63.0 Затяжные роды; О63.1 Затянувшийся первый период родов; О63.2 Затянувшийся второй период родов; О63.9 Затяжные роды неуточненные), устанавливая критерии затяжного течения родов и порядок дифференциальной диагностики для выбора оптимального способа родоразрешения.

54. Затяжными родами являются роды, которые протекают медленнее, чем нормальные роды вследствие нарушения биомеханизма родов, сопровождающегося замедлением укорочения и сглаживания шейки матки, раскрытия акушерского зева и продвижения плода по родовым путям. Продолжительность затяжных родов – более 18 часов.

55. Для выбора индивидуального способа родоразрешения при затяжных родах проводится дифференциальная диагностика причин затяжных родов у роженицы.

При нарушениях родовой деятельности (слабость родовой деятельности, дискоординация родовой деятельности) проводятся лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с подпунктами 51.1, 51.2, 51.5 пункта 51 и подпунктами 52.1, 52.2, 52.5 пункта 52 настоящего клинического протокола.

При затяжном течении второго периода родов показана дифференциальная диагностика вторичной слабости родовой деятельности (в соответствии с подпунктом 51.3 пункта 51 настоящего клинического протокола), клинически узкого таза (в соответствии с пунктом 62 настоящего клинического протокола), неправильного положения или предлежания плода (в соответствии с пунктом 58 настоящего клинического протокола).

ГЛАВА 8

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ЗАТРУДНЕННЫХ РОДАХ

56. Настоящая глава посвящена диагностике и лечебной тактике при затрудненных родах, обусловленных неправильным положением и предлежанием плода, аномалиями таза матери и дистоцией плечиков (шифры по МКБ-10 и наименование заболевания: О64 Затрудненные роды вследствие неправильного положения и предлежания плода (О64.0 Затрудненные роды вследствие неполного поворота головки плода (низкое поперечное стояние головки); О64.1 Затрудненные роды вследствие ягодичного предлежания; О64.2 Затрудненные роды вследствие лицевого предлежания; О64.3 Затрудненные роды вследствие лобного предлежания; О64.4 Затрудненные роды вследствие предлежания плечика (выпадение ручки), О64.5 Затрудненные роды вследствие комбинированного предлежания; О64.8 Затрудненные роды вследствие другого неправильного положения и предлежания плода; О64.9 Затрудненные роды вследствие неправильного положения и предлежания плода неуточненного); О65 Затрудненные роды вследствие аномалии таза у матери (О65.0 Затрудненные роды вследствие деформации таза; О65.1 Затрудненные роды вследствие равномерно суженного таза; О65.2 Затрудненные роды вследствие сужения входа таза; О65.3 Затрудненные роды вследствие сужения выходного отверстия и среднего диаметра таза; О65.4 Затрудненные роды вследствие несоответствия размеров таза и плода неуточненного); О66.0 Затрудненные роды [дистоция] вследствие предлежания плечика), с определением медицинских показаний к операции кесарева сечения и других акушерских пособий.

57. Выделяются следующие виды затрудненных родов:

признаком затрудненных родов вследствие неправильного положения и предлежания плода (О64, О66.0) является нарушение родового процесса, вызванное неправильным положением или предлежанием плода и сопровождающееся замедлением или остановкой продвижения предлежащей части плода по родовому каналу при нормальной сократительной деятельности матки;

признаком затрудненных родов вследствие аномалии таза у матери (О65) является нарушение родового процесса, вызванное несоответствием размеров плода и таза матери и сопровождающееся прекращением продвижения предлежащей части плода по родовому каналу в течение 2 часов у первородящих и 1 часа у повторнородящих при нормальной сократительной деятельности матки.

58. Для диагностики осложненного течения затрудненных родов вследствие неправильного положения и предлежания плода проводится физикальное обследование в родах в соответствии с пунктом 7 настоящего клинического протокола.

Затрудненные роды характеризуются полным прекращением прогресса родов: полностью отсутствуют динамика раскрытия акушерского зева в течение не менее 4 часов и (или) продвижение предлежащей части плода по родовому каналу в течение 2 часов у первородящих и 1 часа у повторнородящих, как правило, на фоне активной родовой деятельности.

Верификация диагноза неправильного положения плода, разгибательного головного предлежания плода, неправильного вставления головки наружными приемами при влагалищном исследовании (выраженная родовая опухоль на предлежащей части, невозможность пропальпировать опознавательные точки на головке) может быть затруднена. При этом может быть назначено УЗИ плода.

К неправильным положениям плода относятся поперечные и косые положения, а также неустойчивое положение плода. Роды при неправильных положениях плода могут осложниться несвоевременным разрывом плодных оболочек с выпадением мелких частей плода, затем происходит дальнейшее опускание плода в родовый канал, его плечико вклинивается во вход в малый таз, плод теряет подвижность, формируется запущенное поперечное положение.

При затрудненных родах вследствие неправильного положения и предлежания плода выполняется экстренное кесарево сечение.

При запущенном поперечном положении плода с выпадением его ручки и (или) пуповины не допускается вправление выпавших частей.

При запущенном поперечном положении вне зависимости от состояния плода выполняется операция кесарево сечение.

59. Обязательные диагностические исследования при аномалии костного таза:

сбор анамнеза;

антропометрия;

наружное измерение;

влагалищное исследование.

60. Дополнительные диагностические исследования костей таза (по медицинским показаниям):

рентгенография;

УЗИ;

компьютерная томография;

магнитно-резонансная томография.

61. Анатомически узкий таз: ведение родов осуществляется с учетом размеров и предполагаемой массы плода, формы узкого таза и степени его сужения:

61.1. при сужении таза 1 степени и небольших или средних размерах плода и затылочном предлежании роды, как правило, завершаются через естественные родовые пути;

61.2. при сужении таза 2 и 3 степени выполняется плановая операция кесарева сечения независимо от формы анатомически узкого таза.

62. Понятие клинически узкого таза связано с процессом родов – это несоответствие между головкой плода и тазом матери, независимо от размеров последнего.

Клинически узкий таз можно заподозрить при затяжном течении родов при хорошей родовой деятельности, после излития околоплодных вод и раскрытии акушерского зева не менее 8 см, при наличии схваток потужного характера при головке расположенной выше узкой части полости малого таза, наличии симптомов несоответствия размеров головки плода и таза матери (положительные признаки Вастена и Цангемейстера).

Симптомы клинически узкого таза:

высокое расположение контракционного кольца;

болезненность нижнего сегмента при пальпации;

затруднение или прекращение самопроизвольного мочеиспускания;

отек наружных половых органов;

отечность краев акушерского зева;

большая родовая опухоль на головке плода, прижатой ко входу в таз.

При выявлении признаков клинически узкого таза выполняется экстренная операция кесарева сечения.

ГЛАВА 9

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ЗАТРУДНЕННЫХ РОДАХ (ДИСТОЦИЯ ПЛЕЧИКОВ)

63. Настоящая глава устанавливает требования к диагностике и лечебным мероприятиям при затрудненных родах, осложненных дистоцией плечиков (шифр по МКБ-10 – О66.0 Затрудненные роды (дистоция) вследствие предлежания плечика), включая алгоритм диагностики, последовательность применения ручных приемов и критерии перехода к более сложным манипуляциям.

64. Дистоцией плечиков является задержка переднего плечика позади лонного сочленения после рождения головки плода в течение 60 секунд, невозможность рождения плечиков после рождения головки плода без применения специальных пособий (клиническое несоответствие плечевого пояса плода тазу матери).

Дистоция плечиков диагностируется в следующих случаях:

головка плода родилась, шея плода не визуализируется, головка зажата промежностью – симптом «черепяхи»;

задержка рождения плечиков более 1 минуты после рождения головки плода;

бережное отклонение родившейся головки (не более чем на 30°–40° от оси вниз) во время следующей потуги не сопровождается рождением плечика.

65. При дистоции плечиков срочно проводится бимануальное влагалищное исследование для уточнения уровня положения плечиков плода в малом тазу и последующего рационального выбора приема для разрешения дистоции плечиков.

66. С момента постановки диагноза врач-акушер-гинеколог:

при возможности вызывает второго врача-акушера-гинеколога, врача-анестезиолога-реаниматолога детского, врача-анестезиолога-реаниматолога и медицинскую сестру-анестезиста;

дает указание роженице прекратить тужиться;

не производит чрезмерных тракций за головку плода, не совершает чрезмерных латеральных сгибаний головки в стороны и вниз для медицинской профилактики родового травматизма;

не оказывает давление на дно матки;

не пересекает пуповину при обвитии для медицинской профилактики гипоксии плода;

при необходимости производит срединно-боковую эпизиотомию с целью появления дополнительного пространства для проведения внутренних приемов.

67. При выполнении приемов для разрешения дистоции плечиков все ручные манипуляции выполняются последовательно по мере увеличения сложности исполнения.

При неэффективности приема в течение 30 секунд осуществляется переход к следующему, более сложному приему.

68. К приемам первой линии для разрешения дистоции плечиков относятся:

прием МакРобертса – максимальное сгибание ног роженицы в тазобедренных и коленных суставах и приведение их к животу;

прием «надлобковое давление» – применение ручного умеренного давления (непрерывно или качательные движения) с помощью ладони, расположенной над лобком, дорсально или косо-дорсально в течение 30–60 секунд, чтобы сдвинуть переднее плечико из прямого в косой размер таза;

прием Рубина – применение ручного умеренного непрерывного давления на лопатку плода сзади с помощью ладони, введенной во влагалище со стороны спинки плода к переднему плечику, чтобы перевести плечики в косой размер таза;

прием Вудса – применение ручного умеренного непрерывного давления на заднее плечико плода спереди с помощью ладони, введенной во влагалище со стороны груди плода, чтобы перевести плечики в косой размер таза;

прием «винт Вудса» – применение одномоментного ручного умеренного непрерывного давления на заднее плечико плода спереди и переднее – сзади с помощью ладоней, введенных во влагалище, чтобы перевести плечики в косой размер таза;

прием «извлечение задней ручки» – применение ручного извлечения задней ручки плода с помощью ладони, введенной во влагалище по спинке плода, лопатке, по плечику до локтя. После сгибания ручки плода в локтевом суставе ручка выводится наружу «умывательным» движением вдоль груди плода к его лицу: сначала из влагалища выводится кисть и предплечье задней ручки, затем плечевая часть и плечо. После этого рождается переднее плечико. Если переднее плечо не освобождается, то поворотом на 180 градусов оно переводится в заднее и извлекается;

при неэффективности таких приемов применяется поворот по Гаскину – изменение позиции роженицы в коленно-локтевую позу и повтор приемов первой линии, за исключением приема МакРобертса и приема «надлобковое давление».

Каждый из приемов не должен продолжаться более 30 секунд, что соответствует примерно двум попыткам выполнения приема. Суммарно время на выполнение приемов первой линии не должно превышать 5 минут.

69. При неэффективности приемов первой линии осуществляется переход к приему «перелом ключиц(ы) плода».

Прием «перелом ключицы плода» позволяет уменьшить биакромиальный размер плода, что облегчает прохождение плечиков через родовые пути.

Для выполнения приема врачу-акушеру-гинекологу после введения ладони во влагалище необходимо нащупать пальцем среднюю треть передней (верхней) ключицы плода и надавить пальцем снизу вверх, чтобы вызвать перелом ключицы и уменьшить расстояние между плечиками. Надавливание должно быть умеренным, но достаточно сильным для перелома ключицы. Прием выполняется однократно в течение нескольких секунд. Повторные попытки не требуются.

ГЛАВА 10

РОДЫ И РОДОРАЗРЕШЕНИЕ, ОСЛОЖНИВШИЕСЯ СТРЕССОМ ПЛОДА (ДИСТРЕССОМ ПЛОДА)

70. Настоящая глава определяет диагностические и лечебные мероприятия при родах и родоразрешении, осложнившихся стрессом плода (дистрессом) (шифры по МКБ-10 и наименование заболевания: О68 Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) (О68.0 Роды, осложнившиеся изменениями ЧСС плода; О68.1 Роды, осложнившиеся выходом мекония в амниотическую жидкость; О68.2 Роды, осложнившиеся изменениями ЧСС плода с выходом мекония в амниотическую жидкость; О68.3 Роды, осложнившиеся появлением биохимических признаков стресса плода; О68.8 Роды, осложнившиеся появлением других признаков стресса плода; О68.9 Роды,

осложнившиеся стрессом плода неуточненным), регламентируя критерии оценки кардиотокограммы, порядок проведения корригирующих мероприятий и медицинские показания к экстренному родоразрешению.

71. Дистрессом плода являются клинические и (или) лабораторно-инструментальные признаки, указывающие на нарушение нормального состояния плода, наиболее вероятно обусловленные временной или постоянной кислородной недостаточностью, что может привести к его острой гипоксии.

72. Обязательные диагностические исследования при появлении признаков, которые могут быть обусловлены гипоксией плода:

проводится физикальное обследование в родах в соответствии с пунктом 7 настоящего клинического протокола;

специальное акушерское обследование (наружное и внутреннее);

аускультация сердцебиения плода акушерским стетоскопом не менее 60 секунд в точке наилучшего его выслушивания.

73. Аускультация сердцебиения плода в родах проводится:

при поступлении в больничную организацию;

при переводе в родовое отделение;

после излития околоплодных вод;

в I периоде родов – каждые 30 минут между записями КТГ (проводит акушерка);

во II периоде родов – после каждой схватки-потуги (если не проводится запись КТГ).

Одновременно определяется пульс у матери (на запястье женщины) и оценивается сократительная деятельность матки.

74. При подозрении на нарушение сердечного ритма плода по данным периодической аускультации для исключения дистресса плода проводится КТГ в течение не менее 20 минут.

Если в течение 20 минут регистрации КТГ фиксируется нормальный тип кривой, возможен возврат к периодической аускультации акушерским стетоскопом.

75. Для обеспечения правильной регистрации КТГ необходимо соблюдение следующих условий ее проведения:

положение женщины лежа на боку, полулежа, сидя или стоя;

скорость записи – 1 см в минуту;

проверка установки даты и времени, внесение данных роженицы перед началом регистрации КТГ (если техническими характеристиками аппарата КТГ не предусмотрено указание фамилии и инициалов роженицы, срока беременности, эти данные указываются вручную);

одновременное использование тахографического и токографического датчиков: запись сердцебиений плода без сократительной деятельности матки не подлежит оценке;

обязательное указание на записи КТГ пульса матери для исключения ошибочной регистрации материнской ЧСС (если определение пульса матери не предусмотрено техническими характеристиками аппарата КТГ, указывается вручную каждые 15 минут);

оценка качества и характера записи КТГ в течение первых 5 минут, после начала записи, далее – через каждые 15 минут с подписью врача-специалиста, проводившего оценку КТГ в указанные интервалы времени;

длительность записи – не менее 30 минут;

использование двухканального монитора при многоплодной беременности для одновременной регистрации сердцебиения обоих плодов и исключения дублирующей регистрации сердцебиений одного и того же плода;

регистрация на ленте во время записи КТГ событий, связанных с состоянием матери: обезболивание; влагалищное исследование; изменение позиции роженицы; лечение ЛП и иных (если это не предусмотрено техническими характеристиками аппарата КТГ, данные указываются вручную).

Ленты КТГ хранятся в истории родов.

76. Запись КТГ проводится:

при поступлении в акушерско-физиологическое (родовое) отделение, предродовую палату;

каждые 3 часа до завершения родов;
в случае возникновения патологической акушерской ситуации (по медицинским показаниям – постоянная запись).

77. У всех рожениц анализ КТГ проводится по стандартным критериям:

базальный ритм;
вариабельность;
децелерации.

78. Базальный ритм – средняя частота сердцебиения плода за 10 минут, при этом не учитывается частота сердечного ритма во время акцелераций и децелераций. Нормальный базальный ритм составляет 110–160 ударов в минуту. Тахикардия может быть установлена при уровне базального ритма выше 160 ударов в минуту на протяжении 10 и более минут, брадикардия – при уровне базального ритма на протяжении 10 и более минут ниже 110 ударов в минуту.

79. Вариабельностью является средняя амплитуда осцилляций (ширина записи колебаний сердцебиения плода) в минутном интервале. Выделяются следующие понятия вариабельности:

нормальная: в пределах 5–25 ударов в минуту;

сниженная: снижение амплитуды осцилляций ниже 5 ударов в минуту в течение более 50 минут;

повышенная (сальтаторный ритм): амплитуда осцилляций превышает 25 ударов в минуту за период времени более 30 минут.

80. Децелерацией является снижение ЧСС плода ниже базальной линии более чем на 15 ударов в минуту продолжительностью более 15 секунд, но не более 10 минут.

Выделяют следующие формы децелерации:

продолжительные: продолжительность более 3 минут, но не более 10 минут;

вариабельные: различного размера, формы и отношения к маточным сокращениям. V-образные децелерации – с быстрым падением (достигают минимума менее чем за 30 секунд), с хорошей вариабельностью в пределах децелераций, быстрым восстановлением до базальной линии;

ранние – неглубокие, короткие, с нормальной вариабельностью децелерации, совпадающие с маточными сокращениями;

поздние: начинающиеся позже начала схватки, достигающие минимального значения после ее пика и возвращающиеся к базальной линии после ее окончания; U-образные, с (без) снижения вариабельности, децелерации с постепенным началом и (или) постепенным восстановлением до базальной линии и (или) уменьшенной вариабельностью в пределах децелерации. Постепенное начало и возвращение к исходному уровню означает, что между началом (окончанием) децелерации и минимальным уровнем проходит более 30 секунд;

повторяющиеся – децелерации, ассоциированные более чем с 50 % маточных сокращений.

81. Оценка КТГ с указанием заключения на ленте проводится для определения ее соответствия одному из трех типов: нормальный; сомнительный; патологический. Выделяется также претерминальная КТГ: вариабельность < 2 ударов в минуту.

82. Критериями нормального типа КТГ в интранатальном периоде (гипоксия, ацидоз у плода отсутствуют) являются:

базальный ритм в пределах 110–160 ударов в минуту;
вариабельность сердечного ритма 5–25 ударов в минуту;
отсутствие повторяющихся ранних или поздних децелераций.

83. Критерием сомнительного типа КТГ (низкая вероятность ацидоза, гипоксии) является несоблюдение хотя бы одного из критериев нормальной КТГ при отсутствии критериев патологической КТГ.

84. Критериями патологического типа КТГ (высокая вероятность гипоксии, ацидоза) являются:

базальный ритм менее 110 ударов в минуту;

вариабельность сердечного ритма менее 5 ударов в минуту в течение более 50 минут или более 3 минут во время децелераций, или более 25 ударов в минуту более 30 минут, или синусоидальный тип КТГ более 30 минут;

повторяющиеся поздние децелерации или длительные децелерации в течение более 30 минут при нормальной вариабельности или в течение 20 минут при сниженной вариабельности, или не менее одной длительной децелерации более 5 минут.

85. При выявлении сомнительного или патологического типа КТГ в родах проводятся следующие лечебно-диагностические мероприятия:

85.1. медицинский осмотр, оценка жалоб роженицы, тонуса матки, частоты, силы и продолжительности маточных сокращений, характера выделений из половых путей и околоплодных вод, степени раскрытия акушерского зева, уровня положения и особенности вставления предлежащей части плода, исключение выпадения пуповины;

85.2. меры по восстановлению сердечного ритма плода:

прекращение инфузии утеротонических ЛП: окситоцина или простагландинов;

при наличии тахисистолии применяется внутривенное медленное введение в течение 10 минут ЛП для токолиза (гексопреналин из группы № 10), анальгетиков из группы № 13 и спазмолитиков из группы № 11, представленных в приложении 2;

позиционная терапия: поворот роженицы на бок (часто сопровождается нормализацией КТГ). Проведение позиционной терапии показано для устранения преходящего сдавления пуповины, которое является распространенной причиной изменений КТГ (вариабельных децелераций);

устранение причин гипоксии плода и дальнейшее медицинское наблюдение (непрерывная запись КТГ до нормализации показателей или до прогрессирования к патологическому типу КТГ).

86. При очевидном прогрессировании сомнительного типа КТГ при отсутствии условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути показано родоразрешение путем кесарева сечения.

87. При выявлении патологического типа КТГ проводятся лечебно-диагностические мероприятия, изложенные в подпункте 85.2 пункта 85 настоящего клинического протокола, одновременно с подготовкой к экстренному родоразрешению.

Экстренное родоразрешение проводится:

в I периоде родов – экстренное кесарево сечение;

во II периоде родов – эпизиотомия и (или) вакуум-экстракция плода.

88. Экстренное родоразрешение показано:

при выявлении не корригируемой причины нарушения сердечного ритма плода (преждевременная отслойка плаценты, выпадение пуповины и иные);

при отсутствии эффекта от лечебно-диагностических мероприятий, указанных в подпункте 85.2 пункта 85 настоящего клинического протокола при патологическом типе КТГ (в течение 15–20 минут).

При регистрации претерминальной КТГ выполняется экстренное родоразрешение.

89. При наличии мекония в околоплодных водах оценивается выраженность окрашивания меконием околоплодных вод, данные КТГ, повторно оценивается клиническая ситуация.

Роды через естественные родовые пути показаны при незначительном окрашивании околоплодных вод меконием и удовлетворительном состоянии плода (нормальный тип КТГ).

Родоразрешение путем операции кесарева сечения показано при выраженной окраске околоплодных вод меконием и (или) наличии признаков дистресса плода по данным КТГ, предполагаемой массе плода > 4000 г, возрасте первородящей 30 лет и более, отягощенном акушерском анамнезе и других факторах, осложняющих течение родов.

ГЛАВА 11

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПУПОВИНЫ В РОДАХ

90. Настоящая глава описывает диагностические и лечебные мероприятия при патологии пуповины в родах (шифр по МКБ-10 – О69 Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины (О69.0 Роды, осложнившиеся выпадением пуповины; О69.1 Роды, осложнившиеся обвитием пуповины вокруг шеи со сдавлением; О69.2 Роды, осложнившиеся запутыванием пуповины (сдавление пуповиной БДУ, запутывание пуповиной двойни в одном амниотическом пузыре, узел пуповины); О69.3 Роды, осложнившиеся короткой пуповиной; О69.4 Роды, осложнившиеся предлежанием сосуда [vasa praevia]; О69.5 Роды, осложнившиеся повреждением сосудов пуповины (ушиб пуповины, гематома пуповины, тромбоз сосудов пуповины); О69.8 Роды, осложнившиеся другими патологическими состояниями пуповины (обвитие пуповиной без сдавления); О69.9 Роды, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины неуточненным), включая такие состояния, как выпадение, обвитие, предлежание сосудов и другие, с определением тактики ведения родов и медицинских показаний к оперативному родоразрешению.

91. Патологией пуповины является состояние пуповины, при котором вследствие изменения ее длины, обвития вокруг различных частей плода, наличия истинных или ложных узлов, опухолей, неправильного ее прикрепления к плаценте нарушается кровоснабжение плода, что ведет к гипоксии и, нередко, к его гибели.

92. Выделяются следующие виды патологии пуповины:

предлежание пуповины – петли пуповины расположены ниже предлежащей части плода при целом плодном пузыре;

выпадение пуповины (при отсутствии плодного пузыря);

абсолютно короткая пуповина – длина менее 40 см при доношенной беременности;

относительно короткая пуповина – при обвитии пуповиной шеи, туловища или конечностей плода длина свободной части составляет менее 40 см, истинная длина пуповины при этом соответствует норме;

длинная пуповина – длина более 70 см;

оболочечное прикрепление пуповины (плевистое прикрепление, insertio velamentosa) – прикрепление пуповины к плодным оболочкам на некотором расстоянии от края плаценты. Пупочные сосуды, распадаясь на отдельные ветви, проходят в направлении плацентарного диска между амниотическим и хориальным листками, незащищены вартоновым студнем;

предлежание сосудов пуповины (vasa praevia) – вариант оболочечного прикрепления плаценты, пупочные сосуды проходят по участку плодного пузыря, расположенного над внутренним зевом шейки матки;

единственная пупочная артерия: в пуповине вместо двух артерий имеется одна;

персистенция правой пупочной вены (в пуповине вместо левой пупочной вены имеется правая пупочная вена);

гематома пуповины – кровоизлияние в вартонов студень;

обвитие пуповины вокруг шеи: неполное, полное (однократное, многократное);

истинный и ложный узлы пуповины.

93. Клинические признаки патологии пуповины:

кровотечение из поврежденного сосуда;

визуализация или пальпация пуповины во влагалище;

признаки дистресса плода;

излитие околоплодных вод;

выход мекония в амниотическую жидкость;

отсутствие продвижения головки плода в потужном периоде по родовому каналу.

94. Диагностические исследования при патологии пуповины:

исследование в зеркалах;

влагалищное исследование;
аускультация и КТГ плода (для выявления признаков гипоксии);
УЗИ.

95. При патологическом типе КТГ, кровотечении из поврежденного сосуда выполняется экстренное родоразрешение:

операция кесарево сечение – при расположении предлежащей части плода в широкой плоскости и выше;

наложение акушерских щипцов, вакуум-экстракция плода – при расположении головки плода ниже широкой части полости малого таза.

Медицинская транспортировка роженицы осуществляется с учетом исключения вероятности сжатия пуповины путем придания роженице коленно-локтевого положения и (или) одновременно ручного смещения головки плода в краниальном направлении.

ГЛАВА 12

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАЗРЫВАХ ПРОМЕЖНОСТИ ПРИ РОДОРАЗРЕШЕНИИ И ДРУГИХ АКУШЕРСКИХ ТРАВМАХ

96. Настоящая глава регламентирует диагностические и лечебные мероприятия при оказании медицинской помощи при разрывах промежности и других акушерских травмах (шифры по МКБ-10 – O70 Разрывы промежности при родоразрешении (O70.0 Разрыв промежности первой степени в процессе родоразрешения; O70.1 Разрыв промежности второй степени в процессе родоразрешения; O70.2 Разрыв промежности третьей степени в процессе родоразрешения; O70.3 Разрыв промежности четвертой степени в процессе родоразрешения; O70.9 Разрыв промежности в процессе родоразрешения неуточненный); O71 Другие акушерские травмы (O71.0 Разрыв матки до начала родов; O71.1 Разрыв матки во время родов; O71.2 Послеродовый выворот матки; O71.3 Акушерский разрыв шейки матки; O71.4 Акушерский разрыв только верхнего отдела влагалища; O71.5 Другие акушерские травмы тазовых органов (мочевого пузыря, уретры); O71.6 Акушерские травмы тазовых суставов и связок; O71.7 Акушерская гематома таза; O71.8 Другие уточненные акушерские травмы), определяя классификацию повреждений, алгоритм хирургического лечения и медицинские показания к антибиотикотерапии.

97. Разрыв промежности – нарушение целостности тканей промежности в процессе рождения плода. Выделяют следующие степени разрыва промежности:

I – нарушена целостность нижней трети влагалища, задней спайки и кожи промежности, без вовлечения мышц промежности;

II – в разрыв вовлечены мышцы промежности без нарушения целостности анального комплекса;

III – в разрыв вовлечены частично или полностью мышцы анального сфинктера;

IV – помимо повреждений, характерных для разрыва промежности I–III степени, имеет место разрыв стенки прямой кишки.

Также существует центральный разрыв промежности – разрыв тканей промежности между задней спайкой и наружным сфинктером без повреждения последних (плод может родиться через образовавшееся отверстие, а не через половую щель).

Клинические признаки разрыва промежности при родоразрешении: нарушение целостности промежности, кровяные выделения из поврежденных тканей сразу после рождения ребенка.

Лечебно-диагностические мероприятия при разрыве промежности:

осмотр родовых путей в зеркалах после родоразрешения. При разрыве промежности III–IV степени проводится ректальное пальцевое исследование с целью оценки целостности стенки прямой кишки и ее наружного сфинктера (ненарушенный сфинктер создает сопротивление). Разрыв стенки кишки определяется по специфическому виду вывернутой слизистой;

ушивание разрыва промежности под местным или общим обезболиванием синтетическим рассасывающимся шовным материалом. На кожу накладываются отдельные швы или внутрикожный шов:

при разрыве промежности I степени ушивается стенка влагалища и кожа промежности;

при разрыве промежности II степени дополнительно ушиваются мышцы промежности путем наложения отдельных погружных швов;

при разрыве промежности III степени дополнительно ушивается сфинктер прямой кишки, восстановление промежности при разрыве III степени начинают со сфинктера прямой кишки;

при разрыве промежности IV степени дополнительно ушивается разрыв стенки прямой кишки, швы на кишку накладываются со стороны слизистой отдельными синтетическими рассасывающимися швами с захватом слизистой и мышечного слоев кишки и завязыванием лигатур в просвет кишки; затем ушивают сфинктер и далее, как при разрыве II степени.

В послеоперационном периоде при разрывах промежности III–IV степени показано применение слабительных средств и консультирование пациентов по вопросам рационального питания для медицинской профилактики запоров;

лекарственная терапия:

антибиотикопрофилактика при разрыве промежности II степени одним из ЛП подгруппы № 3.1 группы № 3, представленных в приложении 2;

антибиотикотерапия при разрывах промежности III–IV степени одним из ЛП подгруппы № 3.2 группы № 3, представленных в приложении 2;

консультация врача-хирурга.

98. Разрыв матки – нарушение целостности стенок матки во время беременности и в родах. Выделяют следующие состояния:

угрожающий разрыв матки – стенки матки целы, но имеются признаки, указывающие на возможность разрыва;

начавшийся разрыв матки – надрыв стенки матки с образованием в месте разрыва гематомы, проникающей в миометрий;

свершившийся разрыв матки – частичное или полное нарушение целостности стенки матки.

Клинические признаки разрыва матки:

угрожающий разрыв матки:

бурная родовая деятельность (частые, сильные, болезненные схватки);

матка вытянута в длину, дно ее отклонено в сторону от средней линии, круглые связки напряжены, болезненны;

матка в форме «песочных часов», контракционное кольцо расположено высоко над лоном, потом – косо, круглые связки асимметричны;

нижний сегмент матки истончен, перерастянут, при пальпации вне схваток напряжен и резко болезненный, определить подлежащую часть невозможно;

отек околопузырной клетчатки (вследствие прижатия уретры и (или) мочевого пузыря головкой плода), самостоятельное мочеотделение затруднено;

поведение роженицы беспокойное;

непроизвольные потуги при высоко стоящей головке плода;

при влагалищном исследовании края шейки матки отечны, свободно свисают во влагалище, отек шейки матки может распространиться на влагалище и наружные половые органы;

дистресс плода;

начавшийся разрыв матки:

интенсивность болей усиливается, роженица возбуждена, жалуется на чувство страха, боязнь смерти;

схватки судорожного характера, вне схваток матка не расслабляется;

сукровичные или кровяные выделения из влагалища, в моче – примесь крови;

усугубление гипоксии плода;
свершившийся разрыв матки;
резкая боль в животе, жжение;
родовая деятельность прекращается;
развивается картина болевого и геморрагического шока;
исчезают напряжение матки, контракционное кольцо, напряжение круглых маточных связок;

появляются вздутие кишечника, болезненность при пальпации живота, особенно в нижних отделах;

плод частично или полностью выходит в брюшную полость, его части можно пальпировать под передней брюшной стенкой, сердцебиение плода исчезает;

наружное кровотечение может быть скудным, так как кровь свободно изливается в брюшную полость, при неполном разрыве образуются забрюшинные гематомы.

Диагностические исследования при разрыве матки:

сбор анамнеза и жалоб;

медицинский осмотр;

УЗИ плода.

Лечебные мероприятия при разрыве матки:

при угрожающем разрыве матки – кесарево сечение;

при свершившемся разрыве матки:

лапаротомия, извлечение плода и последа;

обследование стенок матки, иссечение краев, ушивание разрывов, при невозможности ушивания – ампутация или экстирпация матки (объем хирургического вмешательства определяется врачебным консилиумом);

гистологическое исследование операционного материала;

противошоковая терапия;

коррекция гемостаза ЛП из групп № 2, № 5 и № 6, представленными в приложении 2;

восполнение кровопотери на всех этапах оказания медицинской помощи.

99. Послеродовой выворот матки – травма, при которой дно матки образует воронку, выпуклая кривизна которой обращена в полость матки, вогнутая – в брюшную полость. Различают:

частичный выворот матки – вывернуто тело матки или ее верхняя часть;

полный выворот матки – матка целиком вывернута наружу.

Диагностика основана на клинических проявлениях выворота матки: острая боль в животе, болевой шок, кровотечение, в половой щели вывернутая матка.

Лечебные мероприятия:

в условиях операционной под общим наркозом производится вправление вывернутой матки после предварительного отделения плаценты (если она имеется), после опорожнения мочевого пузыря, обработки слизистой матки антисептиком. Вывернутая матка захватывается правой рукой, чтобы ладонь находилась на дне матки, а концы пальцев около шейки, упираясь в область заднего свода влагалища; надавливая на матку всей рукой, вправляется вывернутое влагалище, затем матка, начиная с области дна и перешейки; левая рука располагается на нижней части брюшной стенки, двигаясь навстречу вворачиваемой матке;

при безуспешности вправления вывернутой матки – лапаротомия с наружновнутренними приемами вправления;

лекарственная терапия: антибиотикотерапия ЛП из подгруппы № 3.2 группы № 3, медицинская профилактика маточного кровотечения в течение 5–7 дней ЛП из подгруппы № 1.3 группы № 1, представленными в приложении 2.

100. Акушерский разрыв шейки матки – нарушение целостности шейки матки вследствие повреждений при прохождении предлежащей части плода; разрывы по направлению от наружного зева к внутреннему.

Клиническими проявлениями разрыва шейки матки является кровотечение различной интенсивности, кровь вытекает постоянной струйкой при хорошо сократившейся матке. При повреждении нисходящей шеечной ветви маточной артерии кровотечение обильное.

Лечебно-диагностические мероприятия:

осмотр в зеркалах шейки матки сразу после выделения послеродовых масс;

при разрыве шейки матки III степени – ручное обследование стенок полости матки для исключения разрыва нижнего сегмента матки;

ушивание разрыва шейки матки однорядными швами через все слои.

101. Разрывы влагалища – это травматические повреждения стенок влагалища, которые возникают во время родов.

Клиническая картина:

кровотечение из поврежденной стенки влагалища, интенсивность кровотечения зависит от глубины повреждения.

Лечебно-диагностические мероприятия:

осмотр родовых путей в зеркалах;

при разрыве верхней трети влагалища и переходящего на своды – ручное обследование стенок полости матки для исключения разрыва;

ушивание разрывов влагалища проводится отдельными швами или непрерывным швом с использованием рассасывающегося шовного материала с обезболиванием. Первый шов накладывается выше угла разрыва.

102. Другие акушерские травмы тазовых органов (мочевого пузыря, уретры). Встречаются следующие виды травм:

травма мочевого пузыря – это полное или частичное повреждение стенок мочевого пузыря (частичный разрыв стенки мочевого пузыря, полный разрыв стенки мочевого пузыря);

экстраперитонеальная травма мочевого пузыря – моча поступает в околомочепузырное пространство и не проникает в брюшную полость;

интраперитонеальная травма мочевого пузыря – повреждается брюшина, моча проникает в брюшную полость;

гематома мочевого пузыря – очаговое кровоизлияние в стенку мочевого пузыря;

травма уретры – это частичное или полное нарушение целостности мочеиспускательного канала.

Клиническая картина:

макрогематурия; ощущение боли при надавливании в нижних отделах передней брюшной стенки, невозможность самостоятельно помочиться, наличие видимой гематомы (синюшность над лобком), отек промежности, бедра и нижнего отдела передней брюшной стенки (при затекании мочи по фасциальным пространствам);

уретроррагия, дизурия, задержка мочи, боль, гематома, отек в зоне повреждения.

Лечебно-диагностические мероприятия:

общий анализ мочи;

УЗИ мочевого пузыря;

ретроградная уретрография;

цистоскопия;

консультация врача-уролога (врача-хирурга) с целью определения дальнейшей тактики ведения;

лекарственная терапия: антибиотикотерапия ЛП из подгруппы № 3.2 группы № 3, обезболивание ЛП из группы № 13, представленными в приложении 2.

103. Акушерские травмы тазовых суставов и связок. Наиболее часто встречается травма лонного сочленения – повреждение лонного сочленения, которое возникает во время родов (расхождение лонного сочленения, разрыв лонного сочленения);

Клиническая картина представляет собой отечность, болезненность, углубление при пальпации в области лонного сочленения; усиление боли при движении ногами.

Лечебно-диагностические мероприятия:

диагноз устанавливается на основании клинических проявлений, рентгенографии костей таза;

постельный режим, консультация врача-травматолога (врача-хирурга) для определения тактики ведения.

104. Акушерская гематома таза или гематома мягких тканей родовых путей – ограниченное скопление крови при закрытых повреждениях, сопровождающихся разрывом сосуда и излитием крови в окружающие ткани родовых путей (прогрессирующая, не прогрессирующая, небольшая – до 4 см; гематома больших размеров – 4 см и более).

Клиническая картина представляет собой опухолевидное образование сине-багровой окраски, без четких контуров, пастозной, эластической или тугоэластической консистенции, болезненное; при массивной гематоме – чувство давления на прямую кишку, интенсивная боль, гиповолемический шок, анемия; гематомы влагалища могут распространяются в паравагинальное пространство и седалищно-прямокишечную ямку; гематомы широкой связки и забрюшинного пространства определяются при влагалищном исследовании (пальпируется тугоэластическое образование, смещающее матку в сторону).

Лечебно-диагностические мероприятия:

клинические проявления, осмотр родовых путей в зеркалах, вагинальный и ректовагинальный осмотры, УЗИ органов малого таза;

при гематомах малого таза – необходимо исключить разрыв матки;

не прогрессирующие гематомы до 4–5 см прошить без вскрытия;

гематомы больших размеров (более 4–5 см) и (или) прогрессирующие – показано хирургическое лечение: вскрытие, удаление сгустков крови, лигирование сосудов, ушивание ложа гематомы, дренирование гематомы или тампонада влагалища.

Лекарственная терапия одним из ЛП из подгруппы № 3.2 группы № 3, представленных в приложении 2.

105. Другие уточненные акушерские травмы (разрывы вульвы и клитора) разрывы вульвы – это травмы малых половых губ и клитора.

Клиническая картина представляет собой разрывы в области клитора, которые сопровождаются кровотечением, нередко обильным.

Лечебно-диагностические мероприятия:

осмотр родовых путей в зеркалах;

поверхностные повреждения без кровотечения не требуют хирургического вмешательства;

глубокие или массивные повреждения – хирургический гемостаз с восстановлением целостности тканей под местной или внутривенной анестезией.

ГЛАВА 13

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ ПЛАЦЕНТЫ, ЕЕ ЧАСТЕЙ ИЛИ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК БЕЗ КРОВОТЕЧЕНИЯ

106. Настоящая глава устанавливает требования к диагностике и лечебным мероприятиям при задержке плаценты, ее частей или плодных оболочек без кровотечения (шифры по МКБ-10 – O73.0 Задержка плаценты без кровотечения; O73.1 Задержка частей плаценты или плодных оболочек без кровотечения), определяя алгоритм ручного обследования полости матки и показания к хирургическому вмешательству.

Задержка последа, частей плаценты или плодных оболочек – отсутствие признаков отделения плаценты в течение 30 минут после рождения плода, а также обнаружение дефекта плаценты и (или) оболочек после рождения (выделения последа) без кровотечения.

107. Лечебно-диагностические мероприятия при задержке плаценты без кровотечения:

при наличии признаков отделения плаценты – выделить послед наружными приемами:

метод Абуладзе – встать сбоку от роженицы лицом к ней, захватить переднюю брюшную стенку обеими руками в продольную складку так, чтобы обе прямые мышцы живота были плотно охвачены пальцами; предложить роженице потужиться;

метод Гентера – встать сбоку от роженицы лицом к ее ногам, кисти обеих рук, сжатые в кулак, тыльной поверхностью фаланг положить на дно матки в области трубных углов; вначале слабо, а затем, постепенно усиливая давление, надавить на матку в направлении книзу и внутрь; попросить роженицу не тужиться;

метод Креде-Лазаревича – дно матки обхватить рукой таким образом, чтобы большой палец находился на передней стенке матки, ладонь – на дне, а 4 пальца – на задней поверхности матки; произвести выжимание последа: сжать матку в переднезаднем направлении пальцами и одновременно надавить на ее дно ладонью по направлению вниз и вперед вдоль оси таза; попросить женщину не тужиться;

после выделения последа наружными приемами проводится тщательный осмотр его плодовой и материнской поверхности;

при отсутствии признаков отделения в течение 30 минут – ручное отделение плаценты и выделения последа в условиях анестезиологического пособия;

после ручного отделения плаценты и выделения последа проводится ручное обследование полости матки;

при невозможности отделения последа во время ручного обследования полости матки имеет место приращение плаценты – показано хирургическое вмешательство в объеме лапаротомии, гистерэктомии;

гистологическое исследование операционного материала.

Лекарственная терапия: медицинская профилактика маточного кровотечения ЛП из подгруппы № 1.3 группы № 1, антибиотикопрофилактика ЛП из подгруппы № 3.1 группы № 3, представленными в приложении 2.

108. Лечебно-диагностические мероприятия при задержке частей плаценты или плодных оболочек без кровотечения:

выполнить кюретаж полости матки;

гистологическое исследование операционного материала.

Лекарственная терапия: профилактика маточного кровотечения ЛП из подгруппы № 1.3 группы № 1, антибиотикопрофилактика ЛП из подгруппы № 3.1 группы № 3, представленными в приложении 2.

ГЛАВА 14

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ, СВЯЗАННЫХ С ПРОВЕДЕНИЕМ АНЕСТЕЗИИ ВО ВРЕМЯ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

109. Настоящая глава описывает диагностические и лечебные мероприятия при осложнениях, связанных с проведением анестезии во время родов и родоразрешения (шифры по МКБ-10 и наименования заболеваний: О74 Осложнения, связанные с проведением анестезии во время родов и родоразрешения (О74.0 Аспирационный пневмонит, вследствие анестезии во время процесса родов и родоразрешения, О74.1 Другие осложнения со стороны легких вследствие анестезии во время родов и родоразрешения, О74.2 Осложнения со стороны сердца вследствие анестезии во время родов и родоразрешения, О74.3 Осложнения со стороны центральной нервной системы вследствие анестезии во время родов и родоразрешения, О74.4 Токсическая реакция на местную анестезию во время родов и родоразрешения, О74.5 Головные боли, связанные с проведением спинномозговой и эпидуральной анестезии во время родов и родоразрешения, О74.6 Другие осложнения спинномозговой и эпидуральной анестезии во время родов и родоразрешения, О74.7 Неудачная попытка или трудности при

интубации во время родов и родоразрешения), включая аспирационный пневмонит, токсическую реакцию на местную анестезию и другие состояния, с указанием объема диагностики и интенсивной терапии.

110. Осложнения, связанные с проведением анестезии во время родов и родоразрешения, – клинические и инструментальные признаки, указывающие на осложнения, вызванные применением общей или местной анестезии, болеутоляющих или других седативных препаратов, в том числе, и в послеродовом периоде.

111. Обязательные диагностические исследования при осложнениях, связанных с проведением анестезии во время родов и родоразрешения:

медицинский осмотр;

ОАК: эритроциты, гемоглобин, гематокрит, тромбоциты, лейкоциты и лейкоцитарная формула, скорость оседания эритроцитов (далее – СОЭ);

определение групп крови по системам АВ0 и резус;

биохимический анализ крови (билирубин, глюкоза, мочевины, креатинин, общий белок, аланинаминотрансфераза (далее – АЛАТ), аспартатаминотрансфераза (далее – АсАТ), электролиты (калий, натрий, кальций);

кислотно-основное состояние (далее – КОС);

коагулограмма – активированное частичное тромбиновое время (далее – АЧТВ), протромбиновое время, международное нормализованное отношение (далее – МНО), фибриноген, Д-димеры, спонтанный фибринолиз.

Дополнительные диагностические исследования при осложнениях со стороны сердечно-сосудистой системы:

ЭКГ;

эхокардиография;

УЗИ почек;

определение уровня мозгового натрийуретического гормона (далее – BNP), креатинкиназы (далее – КК), фракции тропонина (I, T).

Дополнительные диагностические исследования при осложнениях со стороны центральной нервной системы:

оценка неврологического статуса;

рентгенография органов грудной клетки;

КТ или МРТ головного мозга;

компьютерная ангиография сосудов головного мозга (по медицинским показаниям);

консультация врача-нейрохирурга.

Дополнительные диагностические исследования при токсической реакции – ЭКГ.

Дополнительные диагностические исследования при головной боли – консультация врача-невролога.

112. Лечебные мероприятия при осложнениях, связанных с проведением анестезии во время родов и родоразрешения, общие принципы:

лечение осложнений, связанных с проведением анестезии во время родов и родоразрешения, начинается сразу после постановки диагноза;

аорто-кавальная компрессия устраняется путем смещения беременной матки максимально влево в положении пациентки на спине, с последующим поворотом пациентки или операционного стола влево на 15–30 градусов и фиксацией данного положения тела путем подкладывания валика под правый бок и бедро;

интенсивная терапия и реанимационные мероприятия совместно с врачом-анестезиологом-реаниматологом проводятся в соответствии с клиническими протоколами: «Оказание медицинской помощи пациентам в критических для жизни состояниях», утвержденным постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 августа 2021 г. № 99 (далее – клинический протокол № 99) и «Интенсивная терапия критических для жизни состояний (взрослое население)», утвержденным постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13 июня 2023 г. № 100 (далее – клинический протокол № 100);

контроль состояния плода с использованием КТГ (обязательный компонент ведения таких родов);

экстренное родоразрешение после стабилизации состояния с учетом акушерской ситуации;

другие лечебные мероприятия проводятся в соответствии с возникшими или предполагаемыми осложнениями:

лечение аспирационного пневмонита;

санация ротовой полости и ротоглотки;

интубация трахеи и ИВЛ;

диагностическая (санационная) бронхоскопия;

обезболивание медикаментозное или региональная анестезия, спазмолитики используются только в комбинированном обезболивании вместе с анальгетиками;

лечение токсической реакции на местную анестезию во время родов и родоразрешения:

прекращение введения местного анестетика;

лечение неудачной попытки или трудности при интубации во время родов и родоразрешения:

применение альтернативных методов анестезии;

экстренное родоразрешение с учетом акушерской ситуации.

ГЛАВА 15

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ РОДОВ И РОДОРАЗРЕШЕНИЙ, НЕ КЛАССИФИЦИРОВАННЫЕ В ДРУГИХ РУБРИКАХ

113. Настоящая глава определяет диагностические и лечебные мероприятия при осложнениях родов и родоразрешения, не классифицированных в других рубриках (шифры по МКБ-10 и наименования заболеваний: О75 Другие осложнения родов и родоразрешения, не классифицированные в других рубриках (О75.0 Дистресс матери во время родов и родоразрешения, О75.1 Шок матери во время или после родов и родоразрешения, О75.2 Гипертермия во время родов, не классифицированная в других рубриках, О75.3 Другие инфекции во время родов (сепсис во время родов), таких как дистресс матери, акушерский шок, гипертермия и сепсис.

114. Обязательные диагностические исследования при появлении признаков, которые могут быть обусловлены осложнениями, связанными с осложнениями родов и родоразрешения, не классифицированными в других рубриках:

медицинский осмотр;

специальное акушерское обследование (наружное и внутреннее);

ОАК: эритроциты, гемоглобин, гематокрит, тромбоциты, лейкоциты и лейкоцитарная формула, СОЭ;

определение групп крови по системам АВ0 и Резус;

биохимический анализ крови (билирубин, глюкоза, мочевины, креатинин, общий белок, АлАТ, АсАТ, электролиты (калий, натрий, кальций);

КОС;

коагулограмма: АЧТВ, протромбиновое время, МНО, фибриноген, Д-димеры; спонтанный фибринолиз;

посев из цервикального канала на чувствительность к антибиотикам.

115. При гипертермии во время родов, не классифицированной в других рубриках, и других инфекциях во время родов (повышение температуры тела роженицы выше 38 °С) производится:

измерение температуры тела каждые 3 часа;

непрерывная КТГ.

116. Диагноз дистресс матери устанавливается на основании:

гипоксемии (острое начало или нарастание признаков острой дыхательной недостаточности) и двусторонних инфильтратов на рентгенограмме или компьютерной томографии органов грудной клетки; увеличения венозного шунтирования, роста физиологического мертвого пространства, снижения податливости легочной ткани.

Лечение дистресса матери начинают сразу после постановки диагноза:

интенсивная терапия совместно с врачом-анестезиологом-реаниматологом;

обязательный компонент – контроль состояния плода с использованием КТГ;

лечебные мероприятия проводятся в соответствии с возникшими или предполагаемыми осложнениями;

при нарушении состояния плода или ухудшении состояния матери – экстренное родоразрешение (акушерские щипцы, кесарево сечение).

117. Диагноз сепсиса устанавливается при наличии сочетания инфекционного очага и признаков полиорганной недостаточности вне зависимости от наличия или отсутствия системной воспалительной реакции.

Развитие системной органной дисфункции оценивают по шкале Sepsis (sequential) Organ Failure Assessment (SOFA) (2 и более баллов), которая позволяет определять в количественном выражении тяжесть органно-системных нарушений и имеет наиболее полноценное клиническое подтверждение информационной значимости при минимуме составляющих параметров. Нулевое значение по шкале SOFA указывает на отсутствие органной дисфункции.

118. Диагноз акушерского шока матери (септического шока) рассматривается в качестве клинического варианта течения сепсиса с глубокими циркуляторными и метаболическими нарушениями, критериями которых служит необходимость использования вазопрессоров для поддержания среднего АД ≥ 65 мм рт. ст., уровень лактата в артериальной крови >2 ммоль/л несмотря на адекватную внутривенную инфузию растворов.

119. Лечение сепсиса, акушерского шока матери (септического шока) проводится сразу после постановки диагноза:

обязательный компонент ведения таких родов – контроль состояния плода с использованием КТГ;

интенсивная терапия и реанимационные мероприятия совместно с врачом-анестезиологом-реаниматологом согласно клиническому протоколу № 99 и клиническому протоколу № 100;

экстренное родоразрешение (акушерские щипцы, кесарево сечение) после выведения из шока в соответствии с акушерской ситуацией;

медицинская профилактика и лечение маточного кровотечения осуществляется согласно клиническому протоколу «Оказание медицинской помощи женщинам с послеродовыми кровотечениями в стационарных условиях», утвержденному постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 апреля 2022 г. № 24;

другие лечебные мероприятия – в соответствии с возникшими или предполагаемыми осложнениями.

ГЛАВА 16 ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВЛАГАЛИЩНЫХ РОДАХ

120. Настоящая глава устанавливает требования к диагностике и лечебным мероприятиям при оперативных влагалищных родах (шифры по МКБ-10 и наименования заболеваний: О81 Роды одноплодные, родоразрешение с наложением щипцов или с применением вакуум-экстрактора (О81.0 Наложение низких (выходных) щипцов; О81.1 Наложение средних (полостных) щипцов; О81.3 Наложение других и неуточненных щипцов; О81.4 Применение вакуум-экстрактора (вакуум-экстракция плода); О66.5

Неудачная попытка применения вакуум-экстрактора и наложения щипцов неуточненная), определяя медицинские показания, условия, медицинские противопоказания и алгоритм действий при неудачной попытке.

121. Медицинские показания для выполнения вакуум-экстракции плода (вакуум-экстракция возможна при активном участии роженицы (потуги)):

слабость родовой деятельности, слабость потуг при неэффективной консервативной терапии, проявляющиеся стоянием головки плода в плоскости узкой части полости малого таза свыше 2 часов, а также при отсутствии поступательного движения головки при эпидуральной анестезии в течение 3 часов (для первородящих);

состояния матери, требующие укорочения II периода родов (врожденные и приобретенные пороки сердца, артериальная гипертензия, хориоамнионит и иные); дистресс плода;

родоразрешение второго плода из двойни в головном предлежании при слабости потуг.

122. Медицинские противопоказания для вакуум-экстракции:

несоответствие размеров головки плода и таза матери;

угрожающий и начавшийся разрыв матки;

общее тяжелое состояние роженицы (шок, коллапс);

неадекватное, неуправляемое поведение роженицы, то есть невозможность контроля за потугами;

кровотечение во II периоде родов, обусловленное преждевременной отслойкой плаценты, разрывом сосудов пуповины при их оболочечном прикреплении;

высокое прямое стояние стреловидного шва;

лобное и лицевое вставления головки плода;

срок беременности менее 34 недель.

123. Наличие условий для вакуум-экстракции плода определяется при влагалищном исследовании «полурукой» (четырьмя пальцами) – оценивается раскрытие акушерского зева, местонахождение головки, расположение стреловидного шва в отношении таза.

124. Условия выполнения вакуум-экстракции:

живой плод;

полное раскрытие шейки матки;

отсутствие плодного пузыря;

соответствие размеров таза матери и головки плода;

головка плода в узкой части полости малого таза;

затылочное или переднеголовное вставление;

активное участие роженицы.

Расположение головки ниже широкой части полости таза является оптимальным условием при инструментальном родоразрешении.

Если головка плода находится в широкой части полости таза и выше – родоразрешение путем кесарева сечения.

125. Медицинские показания для наложения акушерских щипцов:

выраженная слабость потуг при неэффективной консервативной терапии, проявляющиеся стоянием головки плода в плоскости узкой части полости малого таза свыше двух часов, а также при отсутствии поступательного движения головки при эпидуральной анестезии в течение трех часов (для первородящих) или крайняя усталость роженицы;

дистресс плода или внезапное прекращение сердцебиения плода;

прогрессирующая или острая преждевременная отслойка плаценты;

неуправляемое поведение роженицы, то есть невозможность контроля за потугами;

любое клиническое проявление внезапного ухудшения состояния роженицы, угрожающее жизни (кардиопульмональный шок любой этиологии, тромбоэмболия, острая сердечно-сосудистая недостаточность или нарастающая хроническая сердечно-сосудистая недостаточность, острая или нарастающая хроническая легочная недостаточность, клиническая смерть во II периоде родов, приступ судорог, бронхиальной астмы (удушья),

гипертермия (более 39 °С), острое нарушение мозгового кровообращения, резкое нарушение зрения, признаки внезапного внутреннего кровотечения и иное).

Наличие медицинских показаний для наложения акушерских щипцов определяется при влагалищном исследовании «полурукой» (четырьмя пальцами) – оценивается раскрытие акушерского зева, местонахождение головки, расположение стреловидного шва в отношении таза.

126. Условия для наложения акушерских щипцов:

живой плод;
полное раскрытие шейки матки;
отсутствие плодного пузыря;
соответствие размеров таза матери и головки плода;
головка плода в полости малого таза;
адекватное обезболивание.

Расположение головки ниже широкой части полости таза является оптимальным условием при инструментальном родоразрешении.

Если головка плода находится в широкой части полости таза и выше – родоразрешение путем кесарева сечения.

127. Медицинские противопоказания для наложения акушерских щипцов:

несоответствие размеров головки плода и таза матери;
угрожающий и начавшийся разрыв матки;
высокое прямое стояние стреловидного шва;
выраженные степени асинклитизма;
лобное или лицевое вставления головки плода;
узкий таз II–III степени;
срок беременности менее 36 недель.

128. Неудачная попытка применения вакуум-экстрактора и наложения щипцов неуточненная – отсутствие поступательного продвижения головки плода во время тракции после двух проведенных тракций или повторное «соскальзывание» (отрыв) чашечки вакуум-экстрактора.

При неудачной попытке вакуум-экстракции плода допускается наложение акушерских щипцов или выполнение кесарева сечения.

129. Неудачная попытка наложения акушерских щипцов при правильно учтенных медицинских противопоказаниях и наличии необходимых условий – отсутствие продвижения головки плода во время тракций, производимых в правильном направлении (по «трем тройным правилам»), а также невозможность замыкания или соскальзывание щипцов после повторного наложения ложек.

При неудачной попытке наложения акушерских щипцов показано завершение родов путем кесарева сечения. Кесарево сечение выполняется истмико-корпоральным продольным разрезом и извлекается плод за тазовый конец.

ГЛАВА 17

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ

130. Настоящая глава регламентирует диагностические и лечебные мероприятия при родоразрешении путем кесарева сечения (шифры по МКБ-10 и наименования заболеваний: О82 Роды одноплодные посредством кесарева сечения (О82.0 Роды посредством elective кесарева сечения (плановое); О82.1 Роды посредством экстренного кесарева сечения; О82.2 Роды посредством кесарева сечения с гистерэктомией), включая медицинские показания к плановому и экстренному вмешательству, объем предоперационного обследования, методы медицинской профилактики осложнений и критерии выписки.

131. Кесарево сечение – роды путем хирургического вмешательства, при котором плод и послед извлекают через разрез стенки матки.

Экстренное кесарево сечение выполняется при непосредственной угрозе жизни женщины или плода (подозрение на разрыв матки, отслойка плаценты, выпадение пуповины, дистресс плода).

Плановое кесарево сечение выполняется в назначенное и согласованное время, оптимальное для медицинских работников и беременной женщины.

Перед хирургическим вмешательством обязателен осмотр врача-анестезиолога-реаниматолога, согласно клиническому протоколу «Анестезиологическое обеспечение хирургических вмешательств», утвержденному постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 апреля 2023 г. № 57.

132. Медицинские показания к операции кесарева сечения:

предлежание плаценты;

приращение плаценты;

преждевременная отслойка плаценты;

тяжелая преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром, острый жировой гепатоз при необходимости экстренного/неотложного родоразрешения и отсутствии возможности для быстрых и бережных родов через влагалище;

рубец матки при сопутствующих состояниях:

два и более послеоперационных рубца матки;

разрыв матки в анамнезе;

корпоральное кесарево сечение в анамнезе;

реконструктивные хирургические вмешательства на матке (резекция угла матки, рудиментарного рога матки);

миомэктомия со вскрытием полости матки;

отсутствие данных о предыдущем хирургическом вмешательстве на матке;

признаки несостоятельного послеоперационного рубца матки;

тазовое предлежание плода;

акушерские или перинатальные осложнения и состояния, требующие индукции родов или применения в родах средств, усиливающих сокращения матки;

многоплодная беременность;

плодово-тазовые диспропорции:

анатомически узкий таз II–III степени;

деформация костей таза, препятствующая вагинальным родам;

неправильное вставление и предлежание головки плода (лобное, задний вид лицевого предлежания – по подбородку, высокое прямое стояние стреловидного шва); масса плода 4500 г и больше;

клиническое несоответствие размеров плода и размеров таза женщины, диагностированное в родах;

анатомические препятствия для вагинальных родов: аномалии матки или влагалища; опухоли органов малого таза; состояние после трахелэктомии; постоянный (абдоминальный) серкляж; рубцовая деформация матки и влагалища после реконструктивно-пластической операции на мочеполовых органах, включая, в том числе, ушивание разрыва промежности III–IV степени в предшествующих родах, иссечение ректовагинального/пузырновагинального свища;

аномалии развития плода (гастрошизис, омфалоцеле, крестцово-копчиковая тератома больших размеров и иное);

поперечное и косое положение плода;

тазовое предлежание плода при сопутствующих состояниях: осложненное течение беременности или отягощенный акушерский анамнез; масса плода больше 3600 г. или меньше 2500 г; рубец матки; ножное или смешанное предлежание плода; разогнутое положение головки по данным УЗИ; начавшиеся роды или преждевременный разрыв амниотических оболочек в сроки беременности от 26 недель до 32 недель 6 дней; применение вспомогательных репродуктивных технологий; узкий таз;

беременность многоплодная при наличии акушерских показаний или медицинских показаний со стороны плодов: диссоциированное развитие плодов и персистенция критического кровотока в артерии пуповины у одного из плодов; фето-фетальный

трансфузионный синдром; монохориальная моноамниотическая двойня; неправильное положение I плода; поперечное положение II плода после рождения I плода; преждевременный разрыв плодных оболочек при незрелой шейке матки; неэффективность родостимуляции в течение 3 часов; синдром анемии-полицитемии; неразделившаяся двойня; три и более плода; рубец матки; другая патология, требующая родоразрешение при массе плода (плодов) менее 1500 г; после рождения первого плода: слабость потуг без эффекта медикаментозной коррекции, выпадение пуповины;

высокий риск передачи инфекции от матери к ребенку: первичная генитальная инфекция, вызванная вирусом простого герпеса, возникшая в третьем триместре беременности; ВИЧ-инфекции у матери, если беременная женщина не принимает антиретровирусную терапию, на 34–36 неделе беременности вирусная супрессия не достигнута или вирусная нагрузка ВИЧ не известна;

беременность, наступившая с применением вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпоральное оплодотворение) по медицинским показаниям при сопутствующих состояниях: осложненный акушерско-гинекологический анамнез (потеря беременности, две и более неудачные попытки ВРТ, использование донорских яйцеклеток);

нарушение состояния плода: задержка роста плода без эффекта от лечения, дистресс плода в родах;

переношенная беременность (срок беременности 42 недели и больше) при незрелой шейке матки;

предлежание или выпадение пуповины;

аномалии родовой деятельности без эффекта от медикаментозной терапии;

отсутствие эффекта от индукции родов;

выраженное варикозное расширение вен вульвы и влагалища;

соматические заболевания, злокачественные новообразования половых органов женщины – по рекомендации врачей-специалистов;

агония или клиническая смерть роженицы при живом плоде.

133. Обязательные диагностические исследования перед плановой операцией кесарева сечения:

133.1. клинические методы исследования:

сбор жалоб и анамнеза (жизни, акушерского, гинекологического, семейного, аллергологического, фармакологического, трансфузионного);

медицинский осмотр:

измерение АД;

подсчет ЧСС;

измерение температуры тела;

контроль массы тела беременной;

осмотр и пальпация молочных желез и периферических лимфатических узлов;

133.2. специальное акушерское обследование:

измерение размеров таза, индекса Соловьева, ромба Михаэлиса;

измерение окружности живота, высоты стояния дна матки;

наружное акушерское исследование (приемы Леопольда);

осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах;

влагалищное исследование;

133.3. лабораторные методы исследования:

ОАК;

определение группы крови по системам АВ0 и Резус;

биохимический анализ крови (билирубин, глюкоза, мочевины, креатинин, общий белок, АЛТ, АсАТ, СРБ), электролиты (калий, натрий, кальций); коагулограмма (АЧТВ, протромбиновое время, МНО, фибриноген);

ОАМ;

бактериологическое исследование биологического материала из шейки матки с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам; бактериоскопическое исследование отделяемого половых путей на флору;

133.4. инструментальные методы исследования:

ЭКГ;

УЗИ матки и плода;

доплерометрия сосудов матки и плода;

КТГ плода.

134. Дополнительные методы исследования (по медицинским показаниям):

титр неполных АТ;

параметры КОС;

сывороточный ферритин; железо сыворотки;

тромбоэластография;

Д-димеры; спонтанный фибринолиз; антитромбин III;

мутация V фактора (мутация Лейдена);

мутация протромбина G20210A;

дефицит антитромбина III;

дефицит протеинов C и S, гомозиготная мутация MTHFR (C677 T), гипергомоцистеинемия;

исследование крови на глюкозу в 07:00 (натощак), 10:00, 13:00, 16:00; пероральный глюкозотолерантный тест, гликированный гемоглобин;

тиреотропный гормон (далее – ТТГ), свободный тироксин (далее – свТ4), антитела к тиреоидной пероксидазе (далее – АТТПО);

суточная потеря белка;

анализ мочи по Нечипоренко;

анализ мочи на желчные пигменты, уробилин;

дополнительная диагностика и консультация врачей-специалистов по медицинским показаниям; непосредственно при планировании операции консультация врача-анестезиолога-реаниматолога.

135. Перед экстренной операцией кесарева сечения, выполняют следующие лабораторные и инструментальные исследования:

ОАК;

определение группы крови по системам АВ0 и Резус;

биохимический анализ крови (билирубин, глюкоза, мочевины, креатинин, общий белок, АлАТ, АсАТ, СРБ, электролиты (калий, натрий, кальций); коагулограмма (АЧТВ, протромбиновое время, МНО, фибриноген);

ОАМ;

ЭКГ;

КТГ плода.

136. Медицинская профилактика осложнений в послеоперационном периоде:

136.1. инфекционных осложнений: во всех случаях перед операцией кесарева сечения проводят антибиотикопрофилактику за 30–60 минут до разреза кожи и (или) антибиотикотерапию ЛП из группы № 3, представленными в приложении 2;

136.2. тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде: использование компрессионных чулок, применение ЛП из группы № 7, представленных в приложении 2;

136.3. кровотечения: введение ЛП из подгруппы № 1.3 группы № 1, представленных в приложении 2.

137. В течение первых суток (но, не позднее 72 часов) после хирургического вмешательства в отделении анестезиологии и реанимации проводятся следующие лечебно-диагностические мероприятия:

ОАК;

ОАМ;

биохимический анализ крови (билирубин, глюкоза, мочевины, креатинин, общий белок, АлАТ, АсАТ, СРБ, электролиты (калий, натрий, кальций)), коагулограмма (АЧТВ, протромбиновое время, МНО, фибриноген);

в течение 3 суток назначается один из ЛП группы № 13, представленных в приложении 2;

уход за швами сухим методом;

бимануальное исследование;

осмотр в зеркалах и УЗИ органов малого таза перед выпиской.

138. Медицинскими показаниями для выписки из больничной организации являются:

удовлетворительное состояние женщины в послеродовом периоде;

нормальные показатели АД, температуры тела, ЧСС;

отсутствие патологических изменений при клинических, лабораторных и инструментальных исследованиях.

139. Медицинскими показаниями к гистерэктомии при выполнении кесарева сечения являются:

массивное маточное кровотечение, когда гистерэктомия является методом окончательной остановки кровотечения;

приращение плаценты при невозможности выполнения органосохраняющего хирургического вмешательства;

разрыв матки при невозможности органосохраняющего хирургического вмешательства;

хирургический перитонит.

ГЛАВА 18

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ДРУГИХ АКУШЕРСКИХ ПОСОБИЯХ В РОДАХ

140. Настоящая глава определяет диагностические и лечебные мероприятия при других акушерских пособиях в родах (шифр по МКБ-10 и наименования заболеваний: О83 Роды одноплодные, родоразрешение с использованием другого акушерского пособия (О83.0 Извлечение плода за тазовый конец; О83.1 Другое акушерское пособие при родах в тазовом предлежании; О83.2 Роды с другими акушерскими манипуляциями (ручными приемами) (поворот плода с извлечением); О83.3 Рождение жизнеспособного плода при брюшной беременности; О83.4 Плодоразрушающая операция в родах), включая брюшную беременность и плодоразрушающие операции с указанием условий их выполнения. Акушерские пособия (О83.0, О83.1, О83.2) при живом плоде не применяются.

141. При брюшной беременности родоразрешение осуществляется путем хирургического вмешательства мультидисциплинарной бригадой с участием врача-хирурга, врача-уролога, врача-ангиохирурга: лапаротомия, извлечение плода и элементов плодного яйца, остановка кровотечения из места плацентации.

142. Плодоразрушающие хирургические вмешательства выполняются при несоответствии размеров плода и таза роженицы:

клеидотомия – рассечение ключиц для уменьшения объема плечевого пояса. Применяют при затруднениях рождения плечевого пояса через тазовое кольцо (узкий таз, крупный плод);

краниотомия – перфорация головки с последующим ее извлечением;

эмбриотомия – группа хирургических вмешательств на туловище и шее – декапитация, спондилотомия, эвисцерация.

Краниотомия и эмбриотомия выполняются только при мертвом плоде.

ГЛАВА 19

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ МНОГОПЛОДНЫХ РОДАХ

143. Настоящая глава устанавливает требования к диагностике и лечебным мероприятиям при многоплодных родах (шифры по МКБ-10 и наименования заболеваний: О84 Роды многоплодные (О84.0 Роды многоплодные, полностью самопроизвольные; О84.1 Роды многоплодные, полностью с применением щипцов и вакуум-экстрактора; О84.2 Роды многоплодные полностью путем кесарева сечения; О84.8 Другое

родоразрешение при многоплодных родах), определяя тактику ведения в зависимости от типа хориальности, сроков родоразрешения, а также медицинские показания к кесареву сечению и оперативным влагалищным пособиям для второго плода.

144. Основным методом диагностики многоплодной беременности является УЗИ малого таза и плодов. Многоплодная беременность диагностируется при визуализации двух и более жизнеспособных эмбрионов/плодов (определяется сердцебиение эмбрионов/плодов) в полости матки.

145. Беременные женщины с многоплодной беременностью направляются для родоразрешения на II–III технологический уровень оказания перинатальной помощи и в РНПЦ «Мать и дитя» с целью определения тактики оказания медицинской помощи и последующего родоразрешения.

146. При неосложненной беременности плановое родоразрешение дихориальной двойни выполняется с 37 недель, монохориальной диамниотической двойни – с 36 недель, монохориальной моноамниотической двойни – с 34 недель, тройни – с 36 недель, четверни – с 34 недель.

147. Тактика родоразрешения через естественные родовые пути:

регистрация КТГ для каждого плода одновременно разными датчиками;

после рождения первого плода показано:

проведение наружного акушерского и влагалищного исследования для диагностики положения, предлежания и уровня стояния предлежащей части по отношению ко входу в малый таз второго плода;

амниотомия последующего плодного пузыря – после восстановления сократительной активности матки, принятия плодом продольного положения и вставления предлежащей части в плоскость входа в малый таз;

ведение II периода родов вторым плодом с оптимальным интервалом рождения плодов не более 30 минут;

оказание акушерского пособия по Цовьянову при тазовом предлежании плода;

пережатие пуповины первого плода сразу после рождения при монохориальной двойне показано для медицинской профилактики потери крови второго плода через сосудистые анастомозы плаценты;

пересмотр плана ведения родов в сторону оперативного родоразрешения при любых осложнениях родов (несвоевременный разрыв плодных оболочек, аномалии родовой деятельности, дистресс плода/плодов).

148. Медицинскими показаниями к операции кесарева сечения при многоплодной беременности являются:

масса плода/плодов менее 1500 г;

неправильное положение I плода;

дистресс плода (плодов);

диссоциированное развитие (синдром селективной задержки роста плода) и критический/персистирующий кровоток в артерии пуповины у плода/плодов;

неэффективность родостимуляции в течение 3 часов;

преждевременный разрыв плодных оболочек при незрелой шейке матки;

монохориальная моноамниотическая двойня;

синдром анемии-полицитемии;

фето-фетальный трансфузионный синдром;

неразделившаяся двойня;

беременность тремя и более плодами;

рубец матки.

149. Медицинскими показаниями для родоразрешения путем кесарева сечения после рождения I плода являются:

слабость потуг (отсутствие динамики в продвижении предлежащей части II плода вследствие слабости родовой деятельности, не поддающейся медикаментозной коррекции);

дистресс II плода и отсутствие условий для оперативного вагинального родоразрешения;

выпадение пуповины II плода;

поперечное положение II плода.

150. Вакуум-экстракция и наложение акушерских щипцов проводятся в соответствии с пунктами 121–129 настоящего клинического протокола.

Приложение 1
к клиническому протоколу
«Оказание медицинской помощи
женщинам при родоразрешении»

**ШИФРЫ МКБ-10,
применяемые при оказании медицинской помощи женщинам при родоразрешении**

№ п/п	Шифр по МКБ-10	Расшифровка
1	O60	Преждевременные роды и родоразрешение
2	O60.0	Преждевременные роды без родоразрешения
3	O60.1	Преждевременные самопроизвольные роды с досрочным родоразрешением
4	O60.2	Преждевременные самопроизвольные роды со своевременным родоразрешением
5	O60.3	Преждевременное родоразрешение без самопроизвольных родов
6	O61	Неудачная попытка стимуляции родов
7	O61.0	Неудачная попытка стимуляции родов медикаментозными лекарственными препаратами (окситоцином, простагландинами)
8	O61.1	Неудачная попытка стимуляции родов инструментальными методами (механическими методами, хирургическими методами)
9	O61.8	Другие виды неудачной попытки стимуляции родов
10	O61.9	Неудачная попытка стимуляции родов неуточненная
11	O62	Нарушения родовой деятельности (родовых сил)
12	O62.0	Первичная слабость родовой деятельности
13	O62.1	Вторичная слабость родовой деятельности
14	O62.2	Другие виды слабости родовой деятельности
15	O62.3	Стремительные роды
16	O62.4	Гипертонические, некоординированные и затянувшиеся сокращения матки
17	O62.8	Другие нарушения родовой деятельности
18	O62.9	Нарушение родовой деятельности неуточненное
19	O63	Затяжные роды
20	O63.0	Затяжные роды
21	O63.1	Затянувшийся первый период родов
22	O63.2	Затянувшийся второй период родов
23	O63.9	Затяжные роды неуточненные
24	O64	Затрудненные роды вследствие неправильного положения и предлежания плода
25	O64.0	Затрудненные роды вследствие неполного поворота головки плода (низкое поперечное стояние головки)
26	O64.1	Затрудненные роды вследствие ягодичного предлежания
27	O64.2	Затрудненные роды вследствие лицевого предлежания
28	O64.3	Затрудненные роды вследствие лобного предлежания
29	O64.4	Затрудненные роды вследствие предлежания плечика (выпадение ручки) (исключены: вколоченное плечико O66.0, дистоция вследствие предлежания плечика O66.0)
30	O64.5	Затрудненные роды вследствие комбинированного предлежания
31	O64.8	Затрудненные роды вследствие другого неправильного положения и предлежания плода
32	O64.9	Затрудненные роды вследствие неправильного положения и предлежания плода неуточненного)
33	O65	Затрудненные роды вследствие аномалии таза у матери
34	O65.0	Затрудненные роды вследствие деформации таза
35	O65.1	Затрудненные роды вследствие равномерно суженного таза
36	O65.2	Затрудненные роды вследствие сужения входа таза
37	O65.3	Затрудненные роды вследствие сужения выходного отверстия и среднего диаметра таза
38	O65.4	Затрудненные роды вследствие несоответствия размеров таза и плода неуточненного (исключена: дистоция вследствие аномалии плода)
39	O65.5	Затрудненные роды вследствие аномалии органов таза у матери
40	O65.8	Затрудненные роды вследствие других аномалий таза у матери

41	O65.9	Затрудненные роды вследствие аномалии таза у матери неуточненной)
42	O66.0	Затрудненные роды (дистоция) вследствие предлежания плечика
43	O66.4	Неудачная попытка вызвать роды неуточненная
44	O68	Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс)
45	O68.0	Роды, осложнившиеся изменениями ЧСС плода
46	O68.1	Роды, осложнившиеся выходом мекония в амниотическую жидкость
47	O68.2	Роды, осложнившиеся изменениями ЧСС плода с выходом мекония в амниотическую жидкость
48	O68.3	Роды, осложнившиеся появлением биохимических признаков стресса плода
49	O68.8	Роды, осложнившиеся появлением других признаков стресса плода
50	O68.9	Роды, осложнившиеся стрессом плода неуточненным
51	O69	Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины
52	O69.0	Роды, осложнившиеся выпадением пуповины
53	O69.1	Роды, осложнившиеся обвитием пуповины вокруг шеи со сдавливанием
54	O69.2	Роды, осложнившиеся запутыванием пуповины (сдавление пуповиной БДУ, запутывание пуповиной двойни в одном амниотическом пузыре, узел пуповины)
55	O69.3	Роды, осложнившиеся короткой пуповиной
56	O69.4	Роды, осложнившиеся предлежанием сосуда (vasa praevia)
57	O69.5	Роды, осложнившиеся повреждением сосудов пуповины (ушиб пуповины, гематома пуповины, тромбоз сосудов пуповины)
58	O69.8	Роды, осложнившиеся другими патологическими состояниями пуповины (обвитие пуповиной без сдавления)
59	O69.9	Роды, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины неуточненным.
60	O74	Осложнения, связанные с проведением анестезии во время родов и родоразрешения
61	O74.0	Аспирационный пневмонит, вследствие анестезии во время процесса родов и родоразрешения
62	O74.1	Другие осложнения со стороны легких вследствие анестезии во время родов и родоразрешения
63	O74.2	Осложнения со стороны сердца вследствие анестезии во время родов и родоразрешения
64	O74.3	Осложнения со стороны центральной нервной системы вследствие анестезии во время родов и родоразрешения
65	O.74.4	Токсическая реакция на местную анестезию во время родов и родоразрешения
66	O.74.5	Головные боли, связанные с проведением спинномозговой и эпидуральной анестезии во время родов и родоразрешения
67	O74.6	Другие осложнения спинномозговой и эпидуральной анестезии во время родов и родоразрешения
68	O74.7	Неудачная попытка или трудности при интубации во время родов и родоразрешения
69	O75	Другие осложнения родов и родоразрешения, не классифицированные в других рубриках
70	O75.0	Дистресс матери во время родов и родоразрешения
71	O75.1	Шок матери во время или после родов и родоразрешения
72	O75.2	Гипертермия во время родов, не классифицированная в других рубриках
73	O75.3	Другие инфекции во время родов (сепсис во время родов)
74	O75.5	Задержка родов после искусственного разрыва плодных оболочек
75	O 80.0	Самопроизвольные роды в затылочном предлежании
76	O 80.1	Самопроизвольные роды в ягодичном предлежании
77	O83	Роды одноплодные, родоразрешение с использованием другого акушерского пособия
78	O83.0	Извлечение плода за тазовый конец
79	O83.1	Другое акушерское пособие при родах в тазовом предлежании
80	O83.2	Роды с другими акушерскими манипуляциями (ручными приемами) (поворот плода с извлечением)
81	O83.3	Рождение жизнеспособного плода при брюшной беременности
82	O83.4	Плодоразрушающая операция в родах
83	O84.0	Роды многоплодные, полностью самопроизвольные
84	O84.1	Роды многоплодные, полностью с применением щипцов и вакуум-экстрактора
85	O84.2	Роды многоплодные полностью путем кесарева сечения
86	O84.8	Другое родоразрешение при многоплодных родах

Приложение 2
к клиническому протоколу
«Оказание медицинской помощи
женщинам при родоразрешении»

**ГРУППЫ ЛП,
применяемых при оказании медицинской помощи женщинам при родоразрешении**

№ п/п	МНН ЛП	Форма выпуска, режим дозирования	Примечания
Группа № 1. ЛП для индукции родов, прерывания беременности, медицинской профилактики и лечения маточного кровотечения			
Подгруппа № 1.1 ЛП для индукции родов при целом плодном пузыре			
1	Мифепристон	Таблетки 200 мг внутрь. 200 мг внутрь однократно или двукратно с перерывом в 24 часа	
2	Динопростон	Гель 0,5 мг интрацервикально. Начальную дозу 0,5 мг ввести в цервикальный канал. При отсутствии эффекта (созревание шейки матки или развитие родовой деятельности) через 6 часов ввести повторную дозу. Максимальная суточная доза 1,5 мг	
3	Динопростон	Гель 1 мг интравагинально. Начальную дозу 1 мг следует ввести в задний свод влагалища, через 6 часов можно ввести вторую дозу: 1 мг для усиления уже достигнутого эффекта после первой дозы или 2 мг при полном отсутствии эффекта	
Подгруппа № 1.2. ЛП для индукции родов при отсутствии плодного пузыря и родостимуляции			
4	Динопростон	Раствор для инъекций 1 мг в 1 мл (0,75 мг в ампуле). Титрование инфузодоматом: 0,75 мг на 19 мл раствора натрия хлорида 9 мг/мл внутривенно со скоростью от 0,3 до 4 мл в час. Или внутривенно капельно: 0,75 мг в 500 мл раствора натрия хлорида 9 мг/мл со скоростью от 4 до 40 капель в минуту. Скорость увеличивается вдвое через 30 минут от начала инфузии, затем каждый час	Предпочтительно при раскрытии шейки матки менее 5 см. Для родостимуляции скорость введения должна обеспечивать родовую деятельность активной фазы родов – 4–4,5 схватки за 10 минут
5	Окситоцин	Раствор для инъекций 5 МЕ в 1 мл. Титрование инфузодоматом: 5 МЕ (1 мл) на 19 мл раствора натрия хлорида 9 мг/мл внутривенно со скоростью от 0,3–1 до 6,4 мл/час. Внутривенно капельно: 5 ЕД в 500 мл раствора натрия хлорида 9 мг/мл со скоростью 6–8 капель в минуту (3–4 мМЕ в минуту), увеличивая каждые 15 минут на 6–8 капель в минуту, но не более 40 капель в минуту (20 мМЕ в минуту)	Предпочтительно при раскрытии шейки матки более 5 см. Для родостимуляции скорость введения должна обеспечивать родовую деятельность активной фазы родов – 4–4,5 схватки за 10 минут
6	Мифепристон	Таблетки 200 мг внутрь. 200 мг однократно при преждевременном разрыве плодных оболочек	При отсутствии эффекта через 6 часов – применение других ЛП из группы № 1.2
Подгруппа № 1.3. ЛП для профилактики маточного кровотечения			
7	Окситоцин	Раствор для инъекций 5 МЕ/мл. Титрование по инфузодомату: 5 МЕ/мл окситоцина на 19 мл раствора натрия хлорида 9 мг/мл внутривенно, скорость инфузии 6,0–12,0 мл в час, или внутривенно капельно: 5 ЕД в 500 мл раствора натрия хлорида 9 мг/мл 40 капель в минуту (20 мМЕ в минуту), или внутримышечно 5 ЕД сразу после рождения последа	Если во время родов проводилась родостимуляция, то введение продолжается на протяжении 30–60 минут после рождения последа

8	Метилэргометрин	Раствор 0,2 мг/мл, 1 мл внутривенно медленно или внутримышечно	Сразу после рождения последа в группе риска по кровотечению Противопоказан при артериальной гипертензии, преэклампсии, заболеваниях сердца
9	Карбетоцин	Раствор для внутривенных или внутримышечных инъекций 100 мг/мл. 1 мл однократно внутривенно медленно или внутримышечно только после рождения ребенка	Вводится только однократно в группе риска по кровотечению. Не следует применять повторно. Во время кесарева сечения вводится сразу после извлечения ребенка
Подгруппа № 1.4. ЛП для лечения маточного кровотечения			
10	Окситоцин	Раствор для инъекций 5 МЕ в 1 мл. Титрование по инфузому 10 МЕ/2 мл на 18 мл раствора натрия хлорида 9 мг/мл внутривенно, скорость инфузии 12,0–18,0 мл в час. Внутривенно капельно: 10 ЕД в 500 мл раствора натрия хлорида 9 мг/мл со скоростью 40 капель в минуту (40 мМЕ в минуту). Максимальная суточная доза 40 МЕ	
11	Метилэргометрин	Раствор 0,2 мг/мл, 1 мл внутривенно медленно или внутримышечно. Максимальная доза 1 мг в сутки (5 инъекций)	При необходимости – возможно повторное введение 0,2 мг через 15 минут, и затем по 0,2 мг внутривенно или внутримышечно каждые 4 часа. Противопоказан при артериальной гипертензии, преэклампсии, заболеваниях сердца
12	Карбетоцин	Раствор для внутривенных или внутримышечных инъекций 100 мг в 1 мл	Вводится однократно внутривенно медленно или внутримышечно (если не использовался ранее)
13	Мизопроустол	Таблетки 200 мкг. Ректально 800–1000 мг однократно (4–5 таблеток)	
Группа № 2. Гемостатики			
14	Коагуляционные факторы IX, II, VII и X в комбинации с протеином С и протеином S	Лиофилизированный порошок для приготовления раствора для внутривенного введения по 500 МЕ. 1000–1500 МЕ внутривенно (в зависимости от МНО), но не более 3000 МЕ	
15	Фибриноген в комбинации	Губка (5,5 мг + 2,0 МЕ)/1 см ² в контейнере из фольги (полиэтилентерефталат/полиэтилен высокой плотности)	Местно в виде гемостатической губки на хирургические раневые поверхности
16	Гемостатические ЛП для местного применения (железа хлорид гексагидрат/алюминия хлорид гексагидрат)	Раствор для местного применения во флаконах 10 мл. Аппликация 10–15 секунд до достижения гемостатического эффекта (можно до 30 секунд)	Марлевую салфетку, увлажненную раствором, прикладывают к кровоточащей поверхности и слегка прижимают
Группа № 3. Антибиотикопрофилактика и антибиотикотерапия			
Подгруппа 3.1. Антибиотикопрофилактика при оперативном вмешательстве			
17	Амоксициллин/клавулановая кислота	1,2 г внутривенно	С целью периперационной антибиотикопрофилактики ЛП вводится

18	Ампициллин/ сульбактам	3 г внутривенно	внутривенно за 30–60 минут до разреза кожи. В исключительных случаях допустимо
19	Цефазолин	2 г внутривенно – при массе тела менее 120 кг 3 г внутривенно – при массе тела более 120 кг	введение в начале хирургического вмешательства, если она выполняется urgently, и ввести ЛП до ее начала невозможно (острая гипоксия в родах, массивное кровотечение, эктопическая нарушенная беременность)
20	Клиндамицин + гентамицин	900 мг внутривенно 5 мг/кг внутривенно	Противопоказаны при беременности. Используются при аллергии на β-лактамы
21	Клиндамицин + ципрофлоксацин	900 мг внутривенно. 400 мг внутривенно	антибиотики. С целью периперационной антибиотикопрофилактики ЛП вводится внутривенно за 30–60 минут до разреза кожи
Подгруппа 3.1. Антибактериальные ЛП для системного применения			
22	Амоксициллин/клавулановая кислота	Порошок для приготовления раствора для внутривенного введения 1000 мг/200 мг и 500 мг/100 мг во флаконах. Внутривенно – 1 г (по амоксициллину) 3 раза в сутки, при необходимости – 4 раза в сутки	
23	Ампициллин/сульбактам	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 1000 мг/500 мг, 500 мг/250 мг во флаконах. Суточная доза от 1,5 до 12 г в 2–4 введения	Антибиотик резерва
24	Пиперацillin/тазобактам	Порошок для приготовления раствора для внутривенного струйного или капельного введения 2 г/0,25 г, 4 г/0,5 г во флаконах. Средняя суточная доза – 12 г/1,5 г, разделенная на 3–4 приема	Антибиотик резерва
25	Тикарциллин/клавулановая кислота	Порошок для приготовления раствора для внутривенных инфузий 3,0 г/200 мг во флаконах. Средняя суточная доза – по 3 г каждые 6 часов. Максимальная доза в сутки – 3 г каждые 4 часа	Антибиотик резерва
26	Цефутоксим	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 0,75 г, 1,5 г во флаконах. Средняя доза – по 0,75–1,5 г каждые 8 часов	
27	Цефаклор	Порошок для приготовления суспензии 250 мг/5 мл для приема внутрь во флаконах 20 г. Средняя доза – по 0,25 г каждые 8 часов. Максимальная суточная доза – 4 г в сутки в 3 приема	
28	Цефоперазон	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 1 г во флаконах. Максимальная разовая доза для взрослых – 2 г. Максимальная суточная доза – 12 г, разделенная на 2 приема	
29	Цефоперазон/сульбактам	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 1 г во флаконах. Максимальная суточная доза – 8 г, разделенная на 2 приема	Антибиотик резерва
30	Цефотаксим	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 500 мг и 1 г во флаконах. Максимальная суточная доза 12 г, разделенная на 2 приема	По решению консилиума
31	Цефтазидим	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 500 мг и 1 г во флаконах. По 1 г каждые 8–12 часов или по 2 г с интервалом 12 часов	По решению консилиума
32	Цефепим	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 1 г во флаконах. По 1 г с интервалом 12 часов	
33	Метронидазол	Раствор для внутривенных инфузий 5 мг/мл 100 мл или 200 мл. Внутривенно в начальной дозе 0,5–1 г, а затем каждые 8 часов по 500 мг	
34	Эртапенем	Порошок для приготовления раствора для внутривенных инфузий 1 г. Средняя суточная доза – 1 г, кратность введения – 1 раз в сутки	Антибиотик резерва. При внутривенном введении длительность инфузии должна составлять 30 минут

35	Меропенем	Порошок для приготовления раствора для внутривенного введения 500 мг и 1000 мг. По 500-2000 мг 3 раза в сутки	Антибиотик резерва. Режим дозирования индивидуальный
36	Дорипенем	Порошок для приготовления раствора для внутривенного введения 500 мг. По 500 мг каждые 8 часов	Антибиотик резерва
37	Имипенем/Циластатин	Порошок для приготовления раствора для внутривенного введения 250 мг/250 мг. Внутривенно по 500–1000 мг каждые 6–8 часов (не более 4 г в сутки)	Антибиотик резерва
Группа № 4. Антисептические и дезинфицирующие ЛП			
38	Гидроксиметил-хиноксалинди-оксид	Раствор 10 мг/мл – 5 мл	Местно
39	Перекись водорода	Раствор для наружного применения 30 мг/мл	Местно
40	Перманганат калия	Порошок для приготовления раствора для местного и наружного применения 5 г	Местно
41	Повидон-йод	Раствор для наружного применения 5 мг/мл Мазь для наружного применения 10 мг/г	Местно
42	Хлоргексидина биглюконат	Раствор для наружного (местного) применения 0,5 мг/мл	Местно. Не рекомендуется применение с ЛП йода
Группа № 5. Инфузионная терапия			
43	Сбалансированные кристаллоидные растворы; раствор натрия хлорида 9 мг/1 мл		
44	Синтетические коллоиды на основе желатина		
Группа № 6. Компоненты и препараты крови			
45	Альбумин 100 мг/мл, 200 мг/мл растворы		По гематологическим и гемостазиологическим показаниям
46	Свежезамороженная плазма или стандартизированная вирусиноактивированная		
47	Тромбоцитарная масса		
48	Эритроцитарная масса		
49	Криопреципитат или концентрат фибриногена		
50	Препараты антитромбина III		
Группа № 7. Прямые антикоагулянты на основе гепарина и его производных			
51	Далтепарин натрия	Раствор для подкожных инъекций 2500 МЕ/0,2 мл, 5000 МЕ/0,2 мл, 10 000 МЕ/1 мл	Отменяются за 12 часов до родоразрешения/хирургического вмешательства назначение в послеродовом/послеоперационном периоде через 6–12 часов
52	Эноксапарин натрия	Раствор для подкожных инъекций 2000 анти-Ха МЕ/0,2 мл, 4000 анти-Ха МЕ/0,4 мл, 6000 анти-Ха МЕ/0,6 мл, 8000 анти-Ха МЕ/0,8 мл	
53	Надропарин кальция	Раствор для подкожного введения 9500 МЕ анти-Ха/мл в шприцах 0,3 мл (2850 МЕ Анти-Ха), 0,4 мл (3800 МЕ Анти-Ха), 0,6 мл (5700 МЕ Анти-Ха) и 0,8 мл (7600 МЕ Анти-Ха), 0,6 мл (11 400 МЕ анти-Ха)	
54	Бемипарин натрия	Раствор для подкожных инъекций 2500 МЕ анти-FXA/0,2 мл, 3500 МЕ анти-FXA/0,2 мл	
55	Гепарин натрия	Раствор для внутривенного и подкожного введения 5000 ЕД/мл во флаконах 5 мл	
Группа № 8. Антигипертензивные ЛП			
Подгруппа № 8.1. ЛП центрального действия, уменьшающие стимулирующее влияние адренергической иннервации			
56	Клонидин	Раствор для инъекций 0,1 мг/мл 1 мл	

57	Метилдопа	Таблетки 250 мг. Внутрь по 500–2000 мг в сутки в 2–4 приема. Максимальная суточная доза – 2000 мг	
Подгруппа № 8.2. Периферические антиадренергические препараты			
58	Урапидил	Раствор для инъекций 5 мг/мл – 5 мл. Внутривенно медленно 10–50 мг под контролем АД, поддерживающая доза инфузomатом 9 мг в час	Назначение по жизненным показаниям
Подгруппа № 8.3. Препараты, действующие непосредственно на гладкую мускулатуру артериол			
59	Нитропруссид натрия	Порошок для приготовления раствора для инфузий 30 мг. Внутривенно капельно в 250 мл раствора глюкозы 50 мг/мл со скоростью 0,3 мкг/кг/мин	
Подгруппа № 8.4. β-адреноблокаторы			
60	Метопролол	Таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг. Внутрь 25–75 мг в сутки в 2–3 приема. Максимальная суточная доза – 100 мг	
61	Небивалол гидрохлорид	Таблетки 5 мг. Внутрь до 5 мг в сутки в 1–2 приема	
62	Бисопролол	Таблетки и капсулы 2,5 мг, 5 мг, 10 мг. Внутрь 2,5–5 мг в сутки в 1–2 приема	
63	Бетаксолол	Таблетки 20 мг. Внутрь по 5–10 мг в сутки в 1–2 прием.	
Подгруппа № 8.5. Селективные блокаторы кальциевых каналов с преимущественным влиянием на сосуды			
64	Нифедипин	Таблетки пролонгированного действия 20 мг, 30 мг. Внутрь по 30–60 мг в сутки в 1–2 приема. Максимальная суточная доза – 60 мг	Назначение требует оценки соотношения риск/польза и может производиться при отсутствии альтернативы либо неэффективности
65	Амлодипин	Таблетки 5 мг, 10 мг внутрь. Внутрь по 2,5–10 мг в сутки в 1–2 приема. Максимальная суточная доза – 10 мг	Рекомендуется применять при отсутствии эффективной альтернативы, когда риск, связанный с заболеванием, превышает риск для матери и плода
Группа № 9. Противосудорожные ЛП			
66	Сульфат магния	Раствор для внутривенных инъекций 250 мг/мл – 5 мл. Внутривенно болюсно 4–6 г, затем инфузия 2–4 г в час Раствор для внутривенных инъекций 250 мг/мл – 5 мл. Внутривенно болюсно в дозе 5 г (20 мл раствора) внутривенно в течение 5–10 минут, с последующей инфузией 1 г в час (4 мл/ч) в течение 24 часов	ЛП выбора для купирования и медицинской профилактики судорожного синдрома. С целью нейропротекции и медицинской профилактики внутрижелудочковых кровоизлияний у плода применяется в сроке до 32 недель беременности при преждевременном разрыве плодных оболочек или при начавшихся ПР
67	Диазепам	Раствор для внутривенного и внутримышечного 5 мг/мл в ампулах 2 мл. По 10–20 мг внутривенно или внутримышечно	
68	Тиопентал натрия	Порошок для приготовления раствора для внутривенного введения 0,5 г или 1,0 г, 5–6 мг/кг внутривенно	

Группа № 10. ЛП для токолиза			
69	Гексопреналин	Раствор для внутривенных инъекций 5 мкг/мл – 2 мл. Острый токолиз: ввести 2 мл (10 мкг) в 8 мл раствора натрия хлорида 9 мг/мл внутривенно медленно за 10 минут. Массивный токолиз: последующее титрование инфузоматом 10 мл гексопреналина (50 мкг) + 10 мл раствора натрия хлорида 9 мг/мл, начиная с 7,2 мл/ч (0,3 мкг в минуту), увеличивая вдвое каждые 10 минут до прекращения родовой деятельности Для внутривенного капельного введения: 10 мл (50 мкг) разводят в 500 мл раствора хлорида натрия 9 мг/мл – начиная с 60 капель в минуту (соответствуют 0,3 мкг/мин). Длительный токолиз: титрование инфузоматом 10 мл гексопреналина (50 мкг) + 10 мл раствора натрия хлорида 9 мг/мл, со скоростью 1,8 мл в час (0,075 мкг в минуту). Для внутривенного капельного введения: 10 мл (50 мкг) разводят в 500 мл раствора хлорида 9 мг/мл натрия и вводят со скоростью 15 капель в минуту (соответствуют 0,075 мкг в минуту). Суточная доза – до 430 мкг	Токолиз в сроке 24–33 недели 6 дней. Длительный токолиз используется только на время транспортировки или проведения медицинской профилактики РДС плода. На время токолиза: верапамил 40 мг внутрь по 1 таблетке 3 раза в сутки
70	Атозибан	Концентрат для приготовления раствора для инфузий 7,5 мг/мл во флаконах 0,9 мл (6,75 мг). Концентрат для приготовления раствора для инфузий 7,5 мг/мл во флаконах 5 мл (37,5 мг). Вводится внутривенно в 3 этапа: 1 этап – в течение 1 минуты вводится 1 флакон – 0,9 мл (6,75 мг) без разведения; 2 этап – сразу после этого в течение 3-го часа проводится нагрузочная инфузия 24 мл в час (300 мкг в минуту, доза атозибана – 18 мг в час); 3 этап – продолжительная (до 45 часов) инфузия 8 мл в час (100 мкг в минуту, доза атозибана – 6 мг в час). Для приготовления и введения раствора следует соблюдать пропорцию атозибан : растворитель – 1:9 для получения концентрации 75 мг/100 мл. По инфузомату (шприц на 50 мл): 5 мл атозибана + 45 мл раствора натрия хлорида 9 мг/мл. Максимальная доза на весь курс не должна превышать 330 мг	Токолиз в сроке 24–33 недели 6 дней (регулярные схватки 4 и более за 30 минут раскрытие шейки матки до 3 см). Общая продолжительность лечения не должна превышать 48 часов. В случае необходимости возможно повторное применение ЛП до 3 циклов по той же схеме
71	Нифедипин	Таблетки 10 мг, 20 мг, 30 мг, 40 мг, 60 мг внутрь по 10–20 мг каждые 6–8 часов. При выраженной клинике угрожающих ПР назначается сублингвально 3 дозы по 10 мг нифедипина с интервалом в 20 минут после чего переходят к приему внутрь каждые 6–8 часов. Максимальная суточная доза 60 мг	Токолиз в сроке до 33 недель 6 дней
Группа № 11. Спазмолитики			
72	Дротаверина гидрохлорид	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения 20 мг/мл 2 мл. Внутримышечно по 2–4 мл 2 раза в сутки	
73	Папаверина гидрохлорид	Раствор для внутримышечного введения 20 мг/мл 2 мл. Внутримышечно по 2–4 мл 1–2 раза в сутки	
Группа № 12. ЛП, улучшающие кровоток в тканях			
74	Пентоксифиллин	Раствор для инфузий 0,8 мг/мл 100 мл, 2 мг/мл 100 мл. Раствор для инъекций 20 мг/мл – 5 мл	
75	Пирацетам	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 200 мг/мл 5 мл. Раствор для инфузий 120 мг/мл 100 мл и 250 мл. По 10 мл внутривенно медленно или капельно на физиологическом растворе	

Группа № 13. Аналгетики			
76	Парацетамол	Раствор для инфузий 10 мг/мл во флаконах по 100 мл. Максимальная суточная доза 4 г	
77	Метамизол натрия, питофенона гидрохлорид, фенпивериния бромид	Раствор 500/2/0,02 мг/мл для внутримышечного и внутривенного введения в ампулах по 5 мл	
78	Метамизол натрия	Раствор для инъекций 500 мг/мл 2 мл	
79	Тримеперидина гидрохлорид	Раствор для инъекций 20 мг/мл 1 мл	
Группа № 14. ЛП для местной анестезии			
80	Лидокаин ЛП, дозы и технику аналгезии/анестезии выбирает и использует врач анестезиолог-реаниматолог.	Спрей для местного применения 100 мг/мл 38 г	Местно, наружно. Доза зависит от площади анестезируемой поверхности
		Раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 10 мг/мл 5 мл, 20 мг/мл 2 мл	Инфильтрационная анестезия при ушивании промежности; для пудендальной анестезии
Группа № 15. Ингибиторы фибринолиза			
81	Апротинин	Раствор для инъекций в ампулах 100 000 КИЕ/10 мл. Вводится внутривенно, начальная доза 500 000 ЕД, затем каждый час по 50 000 ЕД	
82	Транексамовая кислота	Раствор для внутривенного капельного или струйного введения 50 мг/мл (ампула 5 мл 250 мг). При генерализованном фибринолизе в дозе 15 мг/кг (в среднем 1 г – 4 ампулы по 250 мг) каждые 6–8 часов. При местном фибринолизе вводится внутривенно капельно по 500 мг 3 раза в сутки. При высоком риске развития кровотечения – профилактическое введение 500–1000 мг внутривенно капельно за 30 минут до хирургического вмешательства. Максимальная суточная доза 4 г	
Группа № 16. Иммуноглобулины для медицинской профилактики резус-сенсibilизации			
83	Иммуноглобулин человека антирезус Rh0[D]	Раствор для внутримышечного введения 250 МЕ/1 мл в ампулах	После родоразрешения резус-положительным новорожденным не позднее 72 часов после родов показано введение иммуноглобулина человека антирезус Rh0[D] в дозе 1500 МЕ (не менее 1250 МЕ). Если постнатальная медицинская профилактика не проведена в пределах 72 часов, допускается введение ЛП в течение 10 дней после родоразрешения
Группа № 17 «Регионарная аналгезия родов с применением методов спинальной аналгезии и комбинированной спинально-эпидуральной аналгезии, эпидуральной аналгезии»			Время использования, ЛП, дозы и технику введения подбирает и использует врач-анестезиолог-реаниматолог

Приложение 3
к клиническому протоколу
«Оказание медицинской помощи
женщинам при родоразрешении»

ОЦЕНКА

состояния «зрелости» шейки матки (модифицированная шкала Bishop)²

Состояние шейки матки	Баллы				Оценка
	0	1	2	3	
Положение шейки матки	кзади	по центру/кпереди	–	–	
Консистенция шейки матки	плотная	размягчена	мягкая	–	
Длина шейки матки, см	> 4	2–4	1–2	< 1	
Раскрытие шейки матки, см	< 1	1–2	2–4	> 4	
Положение головки	над входом	прижата	малый/большой сегмент	в полости	
Общий балл по Бишопу					

² 0–5 баллов – «незрелая»; 6–7 баллов – «недостаточно зрелая»; 8–9 баллов и более – «зрелая».

Приложение 4
к клиническому протоколу
«Оказание медицинской помощи
женщинам при родоразрешении»

ПЕРЕЧЕНЬ

медицинских изделий, используемых при индукции родов

№	Наименование	Назначение
1	Цервикальный баллонный катетер	Используется для индукции родов при незрелой шейке матки: в цервикальный канал вводят цервикальный катетер (или двухходовой Фолея № 12–18), баллон которого раздувают 30–40 мл жидкости и оставляют в цервикальном канале на 3–9 часов. По мере механического созревания шейки баллон самостоятельно экспульсируется. Достижение зрелой шейки матки после экспульсии или извлечения цервикального баллона является основанием для амниотомии. При недостаточно зрелой шейке матки амниотомия не показана, целесообразна индукция родов простагландинсодержащими вагинальными гелями или мифепристоном. Использование баллонного катетера для индукции родов возможно при 1–2 степени чистоты влагалища
2	Палочки ламинарии или синтетические гигроскопические расширители	Используются для индукции родов при незрелой шейке матки: палочки ламинарии/синтетические гигроскопические расширители вводятся в цервикальный канал (от 2 до 6 штук) при осмотре шейки в зеркалах на срок до 16/12 часов, по истечении которого извлекаются. Достижение зрелой шейки матки является основанием для амниотомии. При недостаточно зрелой шейке матки амниотомия не показана, целесообразна индукция родов простагландинсодержащими вагинальными гелями или мифепристоном. Использование палочек ламинарии или синтетических гигроскопических расширителей для индукции родов возможно при 1–2 степени чистоты влагалища