

**ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ**

П Р И К А З

Россия, 160000, г. Вологда, ул. Предтеченская, 19
тел.(817-2) 72-14-25,
факс (817-2) 72-02-67

08.07.2010 № 750

Об уровнях оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным

Одним из важнейших направлений деятельности органов и учреждений здравоохранения является охрана здоровья женщин и детей, в том числе оказание им доступной и квалифицированной акушерской и неонатальной помощи, снижение материнских и перинатальных потерь, профилактика инвалидности с детства.

В связи с разработкой и внедрением чрезвычайно эффективных технологий выхаживания новорожденных, находящихся в критическом состоянии, выхаживании детей с массой тела от 500 грамм, стало очевидно, что высокотехнологичную помощь новорожденным, находящимся в критическом состоянии можно оказывать лишь в крупных медицинских учреждениях, имеющих хорошую материально-техническую базу, мощную лабораторно-диагностическую службу и высококвалифицированный персонал, с организованной непрерывной подготовкой кадров, проведением регулярных тренингов.

Поэтому, основополагающим принципом организации перинатальной помощи на современном этапе должна стать регионализация.

Регионализация – это организация этапности оказания медицинской помощи, которая максимально обеспечивает своевременную, адекватную, эффективную и безопасную помощь при наиболее рациональных и небольших затратах со стороны системы здравоохранения.

В создании регионализации должны быть решены проблемы «трех задержек»:

- задержка в принятии решения о необходимости помощи;
- задержка в поступлении в лечебно-профилактическое учреждение;
- задержка в оказании адекватной помощи в лечебно-профилактическом учреждении.

Регионализация перинатальной службы предполагает разделение акушерско-гинекологических стационаров на три уровня, для каждого из которых определены специфические задачи и полномочия. Такая организация службы обеспечивает преемственность оказания помощи, основываясь на единых стандартах для всех уровней и на единых критериях госпитализации и перевода осложненных случаев.

Организационно-методической основой регионализации является концепция перинатального риска, которая исходит из необходимости оптимального соответствия степени риска родов для матери и ребенка возможностям лечебного учреждения, где проводятся роды.

Основная задача медицинских работников – внимательное наблюдение за состоянием беременной и развитием плода, своевременное выявление осложнений и принятие мер в адекватном объеме. При этом необходимо учитывать, что примерно 50% осложнений происходит у женщин, относящихся к так называемой группе высокого риска, то есть, на момент наступления беременности уже имеющих какое-либо заболевание (в некоторых случаях проявляющееся во время беременности), которое может вызвать осложнение. Предсказать, с большей долей вероятности, развитие какого-либо осложнения у конкретной пациентки практически не представляется возможным. 50% осложнений (чаще всего во время родов и послеродового периода) происходит у женщин из группы низкого риска, а 75% беременностей в группе женщин высокого риска заканчиваются рождением здорового ребенка. Принадлежность беременных к группе высокого риска не исключает возможность антенатального наблюдения на I уровне (конечно же, с обязательным привлечением консультантов из перинатального центра). При этом роды у таких пациенток должны обязательно проводиться только на I-м или II-м уровне

Главным условием организации единой перинатальной службы является интеграция и взаимодействие между медицинскими учреждениями всех уровней для обеспечения эффективной и безопасной помощи, своевременный перевод пациентов с одного уровня на другой.

Учитывая вышеизложенное, с целью дальнейшего снижения материнских и перинатальных потерь, повышения качества акушерской и неонатологической помощи за счет рационального распределения объемов медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам, новорожденным на территории Вологодской области и в связи с реализацией приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 2 октября 2009 г. № 808н «Об утверждении порядка оказания акушерско-гинекологической помощи»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Положение об уровнях оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным на территории Вологодской области (приложение № 1).

1.2. Распределение родильных отделений ЦРБ I уровня за родильными отделениями и родильными домами II и III уровней (приложение № 2).

1.3. Алгоритмы ведения беременности у женщин из группы риска (приложение № 3).

1.4. Алгоритм оказания медицинской помощи при преждевременных родах (приложение № 4).

1.5. Алгоритм оказания медицинской помощи при дородовом излитии околоплодных вод (приложение № 5).

1.6. Алгоритм оказания медицинской помощи при тазовых предлежаниях плода (приложение № 6).

1.7. Алгоритм оказания экстренной медицинской помощи при послеродовых кровотечениях (приложение № 7).

1.8. Алгоритм оказания экстренной медицинской помощи при тяжелой преэклампсии, эклампсии (приложение № 8).

1.9. Карту наблюдения за новорожденным в лечебно-профилактических учреждениях Вологодской области (приложение № 9).

1.10. Формализованную историю болезни новорожденного (приложение № 10).

2. Главному врачу ГУЗ «Вологодская областная больница № 1» (Кузьмин А.Г.):

2.1. Организовать регулярное проведение обучающих семинаров-тренингов для медицинских работников центральных районных больниц по основным разделам неотложной акушерской и неонатальной помощи – 1 раз в год.

2.2. Разработать программу электронного мониторинга ведения беременности у женщин из группы риска – до декабря 2010 года.

3. Рекомендовать руководителям органов и учреждений здравоохранения городов и муниципальных районов, главным врачам родильных домов:

3.1. При организации работы по оказанию медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам, новорожденным детям руководствоваться приложениями настоящего приказа.

3.2. Обеспечить проведение обучения медицинских работников родильных отделений по основным разделам неотложной акушерской и неонатальной помощи на рабочем месте ГУЗ «Вологодская областная больница № 1» – 1 раз в год.

3.3. Обеспечить своевременный перевод беременных женщин из групп риска по перинатальной и материнской смертности в стационар соответствующего уровня оказания акушерской помощи согласно приложениям настоящего приказа.

3.4. Обеспечить готовность родильных отделений к оказанию неотложной акушерской помощи и первичной реанимации новорожденных.

3.5. Организовать работу акушерских и гинекологических отделений согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 2 октября 2009 г. № 808н «Об утверждении порядка оказания акушерско-гинекологической помощи».

4. Рекомендовать руководителям органов и учреждений здравоохранения Великоустюгского, Сокольского, Тотемского муниципальных районов:

4.1. Обеспечить подготовку кадров (неонатологов, акушеров-гинекологов) для родильных отделений согласно штатного расписания II уровня оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам, новорожденным – в течение 2011 года.

4.2. Обеспечить оснащение оборудованием родильных отделений согласно табеля оснащения родильных отделений II уровня оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам, новорожденным – в течение 2011 года.

5. Консультанту отдела охраны материнства, детства и противоэпидемической работы департамента здравоохранения области (Чертова З.В.), главному внештатному акушеру-гинекологу департамента здравоохранения области (Удалов А.П.):

5.1. Обеспечить разработку плана-графика проведения учеб акушеров-гинекологов, акушеров, педиатров центральных районных больниц по основным разделам неотложной акушерской и неонатальной помощи – ежегодно до 20 января.

5.2. Обеспечить контроль за готовностью родильных отделений центральных районных больниц к оказанию неотложной акушерской помощи, первичной реанимации новорожденных.

6. Начальнику отдела охраны материнства, детства и противоэпидемической работы департамента здравоохранения области (Вологодина Е.Л.) обеспечить контроль организации работы акушерских отделений Великоустюгской, Сокольской, Тотемской центральных районных больниц в соответствии с требованиями II уровня оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам, новорожденным – в течение 2011 года.

7. Признать утратившим силу приказ департамента здравоохранения области от 20 февраля 2003 года № 106 «О трехуровневой системе оказания медицинской помощи беременным женщинам Вологодской области» и п.2 приказа департамента здравоохранения области от 30.07.2007 г. № 494 «О создании в ГУЗ «Вологодская областная детская больница» отделения экстренной консультативной медицинской помощи».

8. Контроль исполнения приказа возложить на заместителя начальника департамента здравоохранения области А.И. Попугаева.

Начальник департамента

А.А. Колинко

**Положение
об уровнях оказания медицинской помощи беременным,
роженицам, родильницам и новорожденным
на территории Вологодской области**

Обеспечение преемственности и этапности оказания медицинской помощи беременным, родильницам, роженицам и новорожденным на территории Вологодской области основывается на:

- четком распределении учреждений по уровню и диапазону медицинской помощи;
- разработке медицинских рекомендаций о показаниях и порядке направления беременных на госпитализацию в учреждения различного уровня.

Распределение беременных по двум группам: высокого и низкого риска должно осуществляться на основании современной концепции риска, а именно: использовать не формальную (бальную) оценку по триместрам с суммированием баллов, а проводить переоценку состояния при каждом посещении женской консультации и отталкиваться от наличия/отсутствия проблемы в данный момент. При этом индивидуализируется ведение беременности, так как для каждого случая составляется или корректируется план, основанный на принятых протоколах.

Все родовспомогательные учреждения по своим возможностям оказания перинатальной помощи делятся на три уровня.

**Уровни оказания медицинской помощи беременным, роженицам,
родильницам и новорожденным**

Первый уровень

(акушерские стационары без круглосуточных постов акушеров-гинекологов и неонатологов, в которых медицинская помощь при беременности и родах оказывается при низкой степени риска родов)

Учреждения первого уровня – все родильные отделения центральных районных больниц

Роды на первом уровне:

- доношенным (срок гестации 37 – 40 недель)
- одним плодом
- в головном предлежании

Ведение беременности даже из группы высокого риска возможно на первом уровне. Главное условие, чтобы женщина была своевременно проконсультирована врачом или врачами-специалистами, был составлен план ведения и, при необходимости, обеспечена своевременная госпитализация во время беременности и на роды.

Любые осложнения беременности – показания для перевода.

Контингент беременных, рожениц, родильниц на первом уровне:

- повторнородящие женщины, имеющие в анамнезе до трех родов включительно, с неосложненным течением предыдущей беременности;
- первобеременные без акушерских осложнений и экстрагенитальных заболеваний с нормальными данными акушерской антропометрии;
- первородящие, имеющие не более одного аборта в анамнезе, не сопровождающегося осложнениями.

Во всех учреждениях первого уровня должен быть подготовленный персонал, медицинское оборудование для проведения интенсивной терапии при акушерских осложнениях (эклампсия, кровотечение и т.д.), для проведения первичной реанимации новорожденных, оценки состояния новорожденных, обеспечения ухода за ребёнком в случае его заболевания, ведение ребёнка и его стабилизация до приезда акушерской или неонатологической реанимационных бригад и перевода женщины или ребёнка в медицинские учреждения, оказывающие сложные виды помощи.

Уровень помощи минимальный, но учреждение должно быть готово к оказанию интенсивной помощи согласно клиническим протоколам.

Состояния (наиболее часто встречающиеся), при которых беременности и роды (беременные, роженицы, родильницы, новорожденные) должны быть отнесены к группе высокого риска и подлежать постановке на учет в оргметод-кабинете Перинатального центра ГУЗ «Вологодская областная больница № 1» (очень важно, что принадлежность к группе высокого риска не означает автоматическое изменение ведения беременности или родов, если нет осложнений – беременность и роды ведутся как неосложненные):

- низкий социально-экономический статус
 - злоупотребление алкоголем
 - наркотическая зависимость
 - плохое питание
- возраст:
 - юные - до 18 лет
 - возрастные – старше 35 лет
- экстрагенитальные заболевания:
 - любые заболевания в стадии суб/декомпенсации
 - ожирение

- порок сердца
- артериальная гипертензия
- сахарный диабет
- заболевания почек:
 - ХПН
 - единственная почка
 - гломерулонефрит
- заболевания печени:
 - хронический гепатит
- заболевания крови
 - коагулопатия
 - анемия тяжелой степени
- заболевания легких
 - туберкулез (открытые формы)
 - бронхиальная астма
- злокачественные новообразования
- СПИД
- акушерский анамнез:
 - высокий паритет – 4 и более родов
 - 3 и более выкидышей в малых сроках
 - эклампсия/тяжелая преэклампсия
 - случай мертворождения или младенческой смертности
 - преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
 - преждевременные роды (< 34 недель)
 - рождение детей с пороками развития
 - рождение детей с подтвержденным внутриутробным инфицированием
 - развитие гемолитической болезни плода/новорожденного тяжелой степени (Rh-изосенсибилизация)
 - разрывы промежности 3-4 степени
 - 2 и более кесаревых сечений
 - тромбоз (в том числе в анамнезе)
- осложнения настоящей беременности:
 - антенатальная гибель плода
 - антенатальное кровотечение
 - преэклампсия/эклампсия
 - ЗВУР, ВПР
 - преждевременные роды
 - многоплодие
 - маловодие
 - многоводие
 - Rh-изосенсибилизация

- ДИВ при недоношенной беременности (сразу после постановки диагноза) и ДИВ при доношенной беременности (через 12 часов безводного периода)
- тазовое предлежание (36 недель и больше)
- неустойчивое, неправильное положение плода (36 недель и больше)

Информация на каждую беременную высокой группы риска предоставляется врачом акушером-гинекологом ЦРБ в оргметодкабинет Перинатального Центра ГУЗ Вологодская областная больница №1» при постановке на учет, в 24, 30 и 36 недель беременности по телефону/факсу 71-77-51 с 14 до 15 часов.

В случае неотложных состояний сведения о женщине передаются дежурному фельдшеру экстренной и плановой консультативной помощи ГУЗ «Вологодская областная больница № 1» по телефону 71-27-20 или 71-65-44.

Врач акушер-гинеколог оргметодкабинета заносит полученные данные о беременной высокой группы риска в базу данных с присвоением регистрационного номера каждой пациентке.

Организация дистанционного наблюдения в Перинатальном Центре предусматривает четыре наиболее важных этапа в течение беременности и в послеродовом периоде.

Первый этап клинической оценки беременности проводится при взятии на учет в ранние сроки беременности. К 11-12 неделям беременности КЭК женской консультации после обследования дает заключение о состоянии здоровья беременной и возможности вынашивания беременности, проводятся скрининг-тесты с целью выявления групп риска.

Кроме того, должен быть составлен «Индивидуальный протокол ведения женщины» на период беременности.

Второй этап клинической оценки беременности завершается до 22 недель беременности. Решается вопрос о наличии или отсутствии врожденной патологии плода, о возможности вынашивания беременности на основании проведенного обследования в подразделениях пренатальной диагностики. Проводится переоценка факторов риска и дополняются сведения в регистрационную карту и «Индивидуальный протокол ведения женщины» в Перинатальном Центре.

Третий этап клинической оценки беременности проводится в сроки до 28-34 недель беременности. Основная задача – раннее выявление пре/эклампсии, декомпенсации экстрагенитальных заболеваний, развитие фетоплацентарной недостаточности. Решается вопрос о тактике ведения беременной.

Четвертый этап клинической оценки беременности проводится к 35-36 неделям с оценкой течения беременности по триместрам, с трактовкой имеющейся патологии и осложнений. Формируется полный клинический диагноз.

Результатом оценки на этом этапе должно стать определение места родоразрешения.

Пациентка и члены ее семьи должны знать о месте родов заблаговременно.

При возникновении экстренной акушерской ситуации немедленно информировать дежурного врача отделения экстренной и плановой консультативной помощи ГУЗ «Вологодская областная больница № 1» и ГУЗ «Вологодская областная детская боль-

ница» (в зависимости от ситуации) и в зависимости от сложности ситуации решается вопрос о вызове бригады специалистов или непрерывном мониторинге консультировании лечения и ведения роженицы, родильницы или новорожденного.

Подлежат срочному консультированию и постановке на учет в отделении экстренной и плановой консультативной медицинской помощи ГУЗ «Вологодская областная больница № 1» (далее ОЭКМП ВОБ № 1):

- роды, осложненные кровопотерей более 500 мл
- роды продолжительностью более 12 часов
- роды, осложненные длительным, свыше 12 часов, безводным периодом
- роды, осложненные преэклампсией средней тяжести, тяжелой эклампсией
- показания к лапаротомии после прерывания беременности – перфорация матки, кровотечение, гнойно-септические осложнения
- гнойно-септические осложнения после кесарева сечения, предполагаемое расширение объема операции до ампутации матки во время кесарева сечения
- разрыв шейки матки III степени и промежности III степени
- гематомы влагалища в верхней его трети
- разрыв и выворот матки в родах
- хориоамнионит, метроэндометрит в родах или послеродовом, послеоперационном периоде
- гнойно-септические осложнения после прерывания беременности
- затянувшиеся роды (продолжительность активной фазы 1-го периода родов более 11 часов или фазы активных потуг 2-го периода более 30 (40 мин) или общей продолжительности 2-го периода более 1,5 часов)
- отсутствие вод, густой меконий, появившийся меконий в течение родов,
- признаки дистресса плода (тахикардия более 180 в мин, брадикардия менее 100 в мин., переменные и поздние децелерации (при наличии аппаратов КТГ)
 - ранение соседних органов во время оперативных родов
 - осложнения послеродового периода (эндометрит, параметрит, перитонит, мастит)
 - расхождение послеоперационных швов, швов на промежности
 - анемия тяжелой степени

В каждом конкретном случае решается вопрос о тактике ведения: вывоз женщины в Перинатальный Центр ГУЗ «Вологодская областная больница №1», вызов бригады специалистов на себя.

Подлежат постановке на учет в отделении экстренной и плановой консультативной медицинской помощи ГУЗ «Вологодская областная детская больница» (далее ОЭКМП ВОДБ) новорожденные:

- с оценкой по формализованной истории болезни новорожденного (далее ФИБН, приложение № 10) 1 балл и более; время постановки на учет – после осмотра педиатром сразу после выявления патологического симптома;
- с массой тела менее 2000 гр.; независимо от состояния время постановки на учет – в первый час после рождения;

- с врожденными пороками развития, в том числе с подозрением на врожденный порок сердца; время постановки на учет – сразу после рождения или выявления порока;

- неясные в диагностическом и тактическом плане;
- с оценкой по шкале Апгар 7 и менее баллов на пятой минуте жизни;
- от матерей с сахарным диабетом;
- родившиеся при сроке гестации 25 – 27 недель.

Тактика ОЭКМП ВОДБ:

Дистанционное интенсивное наблюдение (далее ДИН) по телефону или очная консультация; транспортировка в ВОДБ, при отсутствии противопоказаний, по решению врача реанимационно-консультативной бригады (далее РКБ).

Вопрос о целесообразности выезда РКБ к детям со сроком гестации 26 – 27 недель решается совместно с врачом акушером-гинекологом ОЭКМП ВОБ № 1.

В учреждениях первого уровня состояние всех детей при рождении и затем каждые 3 часа в течение первых суток жизни оценивается по баллам в ФИБН. Это необходимо для своевременного выявления патологической симптоматики. Оценка может проводиться врачом или медицинской сестрой (при манипуляциях, кормлении, пеленании). При появлении хотя бы 1 балла медсестра обязана вызвать педиатра для осмотра ребенка. Если педиатр обнаруживает патологическую симптоматику, то заполняет карту наблюдения за новорожденным (приложение № 10) и передает информацию в ОЭКМП ВОДБ по данным карты.

Показания для выезда реанимационно-консультативной бригады (РКБ) совместно с акушерско-гинекологической бригадой ОЭКМП ВОБ № 1:

- преждевременные роды;
- акушерская ситуация, которая сопровождается гипоксией плода.

Врач акушер-гинеколог обязан поставить в известность дежурного педиатра, который готовит реанимационное место и сообщает о данной ситуации в ОЭКМП ВОДБ. При отсутствии педиатра связь с ОЭКМП ВОДБ поддерживает акушер-гинеколог.

Телефон ОЭКМП ВОДБ для консультаций: **78-20-63**. При отсутствии в стационаре зав. отделением и дежурного врача ОЭКМП ВОДБ (очная консультация) телефонные консультации и постановку на учет осуществляет врач анестезиолог-реаниматолог (консультант) отделения анестезиологии и реанимации № 2 ВОДБ по телефону **71-66-06**.

Второй уровень

(акушерские стационары, имеющие круглосуточный пост врача акушера-гинеколога, анестезиолога, имеется возможность вызова врача-неонатолога на осложненные роды или имеется круглосуточный пост врача-неонатолога)

Учреждения второго уровня:

- МУЗ «Родильный дом № 2» г. Вологда
- МУЗ «Великоустюгская центральная районная больница» - с 2012 года

- МУЗ «Сокольская центральная районная больница» - с 2012 года
- МУЗ «Тотемская центральная районная больница» - с 2012 года

Контингент беременных, рожениц, родильниц и новорожденных на втором уровне:

- беременные с экстрагенитальной патологией;
- беременные с акушерскими осложнениями при предыдущей беременности;
- беременные с акушерскими осложнениями при настоящей беременности;
- преждевременные роды после 34 недель гестации для МУЗ «Великоустюгская центральная районная больница»;
- новорожденные с 26 до 37 недель гестации – для МУЗ «Родильный дом № 2» г. Вологда, страдающим нетяжелыми или быстро купируемыми заболеваниями;
- новорожденные, которым возможно проведение интенсивной терапии в полном объеме в течение 72 часов.

Подлежат переводу в учреждения III уровня беременные женщины:

- с врожденными и приобретенными пороками сердца, в том числе перенесшие операции на сердце;
- с тяжелыми формами экстрагенитальной патологии: артериальная гипертония, сахарный диабет, тиреотоксикоз, гломерулонефрит, бронхиальная астма;
- с нарушением свертывающей системы крови.

Подлежат постановке на учет в ОЭКМП ВОДБ новорожденные:

- находящиеся на ИВЛ: время постановки на учет – первые 12 часов после начала аппаратной вентиляции;
- с врожденными пороками развития, в том числе с подозрением на врожденный порок сердца: время постановки на учет – сразу после рождения или выявления порока;
- не ясные в диагностическом и тактическом плане.

Тактика ОЭКМП ВОДБ: ДИН по телефону или очная консультация; транспортировка в ГУЗ «Вологодская областная детская больница», при отсутствии противопоказаний, по решению врача РКБ.

Третий уровень

(акушерские стационары, имеющие отделение реанимации для новорожденных, отделение реанимации для беременных и родильниц, круглосуточные посты врачей акушеров-гинекологов, анестезиологов, неонатологов)

Учреждения третьего уровня:

- Перинатальный центр ГУЗ «Вологодская областная больница № 1»
- МУЗ «Родильный дом № 1» г. Вологда
- МУЗ «Городской родильный дом» г. Череповец
- МУЗ «МСЧ «Северсталь» г. Череповец

Контингент беременных, рожениц, родильниц и новорожденных:

- тяжелые экстрагенитальные заболевания;
- преэклампсия тяжелой степени и эклампсия;
- предлежание и отслойка плаценты;
- осложнения беременности, способствующие нарушению гемостаза и акушерским кровотечениям;
- преждевременные роды с 22 до 37 недель гестации;
- врожденные пороки развития плода, требующие хирургической коррекции;
- высокий акушерский и перинатальный риск;
- новорожденные, находящиеся в критическом состоянии, с критически низкой массой тела.

**Распределение родильных отделений центральных районных больниц
I уровня за родильными отделениями и родильными домами II и III уровня**

МУЗ «Городской родильный дом» г. Череповец:

- МУЗ «Белозерская центральная районная больница»
- МУЗ «Кадуйская центральная районная больница»
- МУЗ «Шекснинская центральная районная больница»

МУЗ «МСЧ «Северсталь» г. Череповец:

- МУЗ «Бабаевская центральная районная больница»
- МУЗ «Устюженская центральная районная больница»
- МУЗ «Чагодощенская центральная районная больница»

Перинатальный Центр ГУЗ «Вологодская областная больница № 1»:

- все родовспомогательные учреждения области, независимо от уровня родовспоможения, по показаниям

МУЗ «Великоустюгская центральная районная больница» (II уровень) с 2012 г.:

- МУЗ «Кич-Городецкая центральная районная больница»
- МУЗ «Никольская центральная районная больница»

МУЗ «Сокольская центральная районная больница» (II уровень) с 2012 г.:

- МУЗ «Усть-Кубенская центральная районная больница»

МУЗ «Тотемская центральная районная больница» (II уровень) с 2012 г.:

- МУЗ «Бабушкинская центральная районная больница»
- МУЗ «Междуреченская центральная районная больница»

Алгоритмы ведения беременности с группой риска родов

	Проблема	Решение	Дополнительные специалисты	Дополнительные исследования	Уровень наблюдения	Уровень родов
1	2	3	4	5	6	7
Низкий социальный уровень	Отказ от диспансерного наблюдения во время беременности Преждевременные роды ЗВУР Внутриутробное инфицирование Семейное насилие	Планирование семьи		УЗИ фетометрия 26-28 и 32-34 нед.	Любой при отсутствии осложнений Для I - Обязательное консультирование на II/III	Любой при отсутствии осложнений
Злоупотребление алкоголем	+ заболевания печени	Программа по прекращению приема алкоголя	Нарколог Психолог Социальный работник		То же	То же
Наркотическая зависимость	+ Гепатиты В, С, ВИЧ-инфекция	Программа по прекращению приема наркотиков	Нарколог Психолог Социальный работник		То же	То же
Плохое питание	+ Анемия	Дополнительное питание Прием добавок Са (1 г в сутки) Прием поливитаминов Возможно	Социальный работник		То же	То же
Возраст						
Юные - до 18 лет	Часто + низкий социальный уровень Преэклампсия	Планирование семьи	Психолог Социальный работник	Допплерометрия 26-28 нед.	Любой без осложнений Для I - консультирование на II/III	Любой при отсутствии осложнений II – III ур.

1	2	3	4	5	6	7
Возрастные - старше 35 лет	Экстрагенитальные заболевания Хромосомные aberrации Преэклампсия Преждевременные роды		Специалист в зависимости от наличия экстрагенитальной патологии	Пренатальная диагностика – УЗИ в 11-13 недель - III уровень, б/х скрининг в 16-19 нед. возможно а/центез – III уровень УЗИ фетометрия 26-28 и 32-34 нед. Допплерометрия 26-28 нед. 32-34 нед.	Любой при отсутствии осложнений Для I - Обязательное консультирование на II/III	Любой при отсутствии осложнений II – III ур.
Экстрагенитальные заболевания		Планирование семьи				
любые заболевания в стадии суб/декомпенсации		Прерывание беременности	Специалист в зависимости от патологии Психолог		III	III
ожирение	АГ Преэклампсия ЗВУР Аномалии родовой деятельности ПГСИ	Здоровое питание – контроль веса	Эндокринолог	УЗИ фетометрия 26-28 и 32-34 нед.	Любой при отсутствии осложнений Для I - Обязательное консультирование на II/III	III
порок сердца			Кардиолог	УЗИ сердца ЭКГ Допплерометрия	Любой при отсутствии осложнений Для I - Обязательное консультирование на II/III	III
артериальная гипертензия	Преэклампсия ЗВУР	Лечение по назначению специалиста Профилактика преэклампсии – прием малых доз аспирина -75-100 мг ежедневно с 16 до 34 недель беременности	Терапевт дополнительно	УЗИ фетометрия 26-28 и 32-34 нед. Допплерометрия 26-28 нед. 32-34 нед.	Любой при отсутствии осложнений Для I - Обязательное консультирование на II/III	III
сахарный диабет	Преждевременные роды Преэклампсия Крупный плод - аномалии родов ПГСИ	Лечение по назначению специалиста	Эндокринолог	Контроль сахара	Любой при отсутствии осложнений Для I - Обязательное консультирование на II/III	III

1	2	3	4	5	6	7
заболевания почек: ХПН единственная почка гломерулонефрит		Лечение по назначению специалиста	Уролог Нефролог	Динамический б/х контроль УЗИ почек	II-III	III
заболевания печени: хр.гепатит		Лечение по назначению специалиста	Гепатолог	Динамический б/х контроль УЗИ почек	II-III	III
коагулопатия	Кровотечение	Лечение по назначению специалиста	Гематолог	Динамический б/х контроль + тромбоциты	Любой при отсутствии осложнений Для I - Обязательное консультирование на II/III	III
анемия тяжелой степени	Кровотечение ПГСИ	Лечение по назначению специалиста (чаще препараты железа – сульфат – в течение не менее 3-х месяцев) Переливание компонентов крови	Гематолог	Контроль Нб	Любой при отсутствии осложнений Для I - Обязательное консультирование на II/III	III
туберкулез (открытые формы)	+ низкий социальный уровень	Лечение по назначению специалиста	Фтизиатр		Любой при отсутствии осложнений Для I - Обязательное консультирование на II/III	II- III (возможно специализированное отделение)
бронхиальная астма		Лечение по назначению специалиста	Пульмонолог		Любой при отсутствии осложнений Для I - Обязательное консультирование на II/III	II-III
злокачественные новообразования		Решение вопроса о возможности вынашивания беременности Лечение по назначению специалиста	Онколог Психолог Социальный работник		III	III
СПИД		Решение вопроса о возможности вынашивания беременности Лечение по назначению специалиста	Инфекционист Психолог Социальный работник		I- III	I-II-III

1	2	3	4	5	6	7
Осложнения настоящей беременности:						
антенатальная гибель плода	Инфекция Нарушение свертываемости	Подготовка к родоразрешению		коагулограмма	III	III
антенатальное кровотечение	Кровотечение Нарушение свертываемости			УЗИ Допплерометрия КТГ	III	III
преэклампсия	Эклампсия	Решение вопроса о родоразрешении		УЗИ доплерометрия КТГ б/х анализ (коагулограмма)	Любой при преэклампсии легкой степени и сроке до 36 нед. при отсутствии осложнений Для I - обязательное консультирование на II/III	III При сроках до 34 недель только III
ЗВУР	Перинатальная смертность	Решение вопроса о родоразрешении		УЗИ доплерометрия КТГ	III При сроках до 34 недель только III	III При сроках до 34 недель только III
преждевременные роды	Перинатальная смертность	Токолиз на время трансфера и проведения профилактики РДС			III При сроках до 34 недель только III	III При сроках до 34 недель только III
многоплодие	Преждевременные роды Перинатальная смертность				Любой при отсутствии осложнений Для I - Обязательное консультирование на II/III	III При сроках до 34 недель только III
маловодие	Перинатальная смертность	Решение вопроса о родоразрешении		УЗИ доплерометрия КТГ	II-III При сроках до 34 недель только III	II-III При сроках до 34 недель только III
многоводие	Врожденные пороки развития	Прерывание беременности до 22 недель при наличии пороков		УЗИ доплерометрия КТГ	III	III
Rh-изосенсибилизация	Гемолитическая болезнь	Контроль а/тел Профилактика анти D иммуноглобулина в 28 и после родов Переливание э/массы		УЗИ доплерометрия кордоцентез	Любой при отсутствии признаков гемолитической болезни для I - Обязательное консультирование на II/III	Любой при отсутствии признаков гемолитической болезни Только III при признаках гемолитической болезни

1	2	3	4	5	6	7
ДИВ при недоношенной беременности	Инфекция Недоношенность				II-III При сроках до 34 недель только III	III При сроках до 34 недель только III
ДИВ при доношенной беременности	Инфекция	Антибиотики при безводном периоде 18 часов до родоразрешения (в/в)				Любой при отсутствии признаков инфицирования Для I - при безводном периоде более 18 часов перевод на III уровень
тазовое предлежание (36 недель и больше)	Перинатальная заболеваемость и смертность	Наружный поворот в 37 недель + острый токолиз		УЗИ	Любой до 36 недель	II-III
неустойчивое, неправильное положение плода (36 недель и больше)	Перинатальная заболеваемость и смертность			УЗИ	Любой до 36 недель при отсутствии многоводия	II-III

Приложение № 4
к приказу департамента
здравоохранения области
от 08.07.2010 г. № 750

Алгоритм оказания медицинской помощи при преждевременных родах

Срок беременности	Действие	Уровень оказания помощи
I уровень		
27-32 недели - открытие шейки матки менее 3 см	Токолиз, профилактика РДС плода, антибиотикотерапия при ДИВ	Перевод на III уровень
27-32 недели - открытие шейки матки более 3 см	Роды	Вызов неонатологической реанимационной бригады
32-37 недели – открытие шейки матки менее 3 см	На время транспортировки: токолиз, профилактика РДС плода до 34 недель, антибиотикотерапия при ДИВ	Перевод на II-III уровень
32-37 недели - открытие шейки матки более 3 см	Роды	Женщина остается на I уровне. Вызов неонатологической реанимационной бригады
32-37 недели плюс тяжелая экстрагенитальная патология, открытие шейки матки менее 3 см	Токолиз, профилактика РДС плода до 34 недель, антибиотикотерапия при ДИВ	Перевод на III уровень
II уровень		
27-32 недели 32-37 недели с тяжелой экстрагенитальной патологией	Токолиз, профилактика РДС плода	Перевод на III уровень
27-32 недели - открытие шейки матки менее 3 см	Токолиз, профилактика РДС плода, антибиотикотерапия при ДИВ	Перевод на III уровень
27-32 недели – открытие шейки матки более 3 см	Роды	Женщина остается на II уровне. Вызов неонатологической реанимационной бригады
32-37 недели - открытие шейки матки менее 3 см	Токолиз, профилактика РДС до 34 недель, антибиотикотерапия при ДИВ (подготовка родовых путей)	Женщина остается на II уровне
32-37 недели - открытие шейки матки более 3 см	Роды	Женщина остается на II уровне
32-37 недели с тяжелой экстрагенитальной патологией, если открытие шейки матки более 3 см	Роды	Женщина остается на II уровне, вызов специалиста по патологии

Схема токолитической терапии

Блокаторы кальциевых каналов – нифедипин (препарат выбора).

Схема – 20 мг перорально, если сокращения матки сохраняются – через 30 минут 20 мг повторно. Затем по 20 мг каждые 3 – 8 часов в течение 48 часов по показаниям.

Максимальная доза – 160 мг/день.

Рекомендуемый мониторинг при остром токоллизе в стационаре:

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

После купирования родовой деятельности поддерживающее лечение не рекомендуется.

При непереносимости нифедипина возможно использование В-миметиков.

Токолитики назначаются в режиме монотерапии:

Гинипрал – 2 мл на 400 мл физ. р-ра в/в капельно 1 раз в день – 3 дня, затем перевод на таблетированный – 0,5х4-6 р/д с постепенным уменьшением дозы.

Схема профилактики РДС плода

Глюкокортикоиды:

-дипроспан (более эффективен) по 14 мг через 24 часа 2 раза в день в/м; возможно 14 мг через 12 часов 2 раза или

-4 дозы дексаметазона по 6 мг с интервалом в 12 часов (менее эффективен).

Алгоритм оказания медицинской помощи при дородовом излитии вод

Срок беремен-ности	Уровень ведения (стационар)	Тактика	Антибиотики	Профилактика РДС плода	Родовозбуждение при наличии ин-фекции	Токолитики
26-34 недели	Обязателен перевод на II - III уровень	Выжидательная	Антибиотико-профилактика при поступлении и до рождения ребенка (не более 7 суток) – эритромицин в табл. по 0,5 гр. через 8 часов	Проводится в течение 24 часов (схема см. в алгоритме при преждевременных родах)	простагландинами	На период не более 48 часов (для проведения РДС) Схема см. в алгоритме при преждевременных родах
34-37 недель	Обязателен перевод на II - III уровень	Выжидательно-активная; длительность выжидательной тактики – по протоколу, принятому в стационаре	До родов (не более 7 суток)	Проводится при сомнении в сроках беременности	простагландинами	Нецелесообразен
37 и более недель	I уровень – при наличии персонала, II и III уровень	Активно-выжидательная; длительность выжидательной тактики – по протоколу, принятому в стационаре	При безводном периоде более 18 часов или при признаках инфекции	Не проводится	Оценка состояния шейки матки по Бишопу	Нецелесообразен

Алгоритм оказания медицинской помощи при тазовых предлежаниях плода

I уровень: в 37 недель – перевод на II - III уровень.

II уровень:

Роды через естественные родовые пути возможны:

1. Нормальные размеры таза при массе плода не более 3600 грамм;
2. Отсутствие: гестоза, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (ОАГА), экстрагенитальных заболеваний: гипертонической болезни, пороков сердца, сахарного диабета, нарушение жирового обмена II – III степени, бронхиальной астмы.
3. Хорошее состояние плода:
 - зрелый доношенный плод;
 - масса не менее 2500 грамм и не более 3600 грамм;
 - отсутствие признаков дистресса плода по данным КТГ и доплерометрии;
 - согнутая головка плода;
 - светлые воды при их преждевременном или раннем излитии.
4. Эффективная родовая деятельность.

(Родоускорение и родовозбуждение не применять. **Родовозбуждение при тазовых предлежаниях проводится только при аномалиях развития плода, исключая клиническое несоответствие).**

Показания к плановому кесареву сечению

1. Сужение таза I - II степени.
2. Возрастная первородящая.
3. ОАГА – бесплодие;
 - привычное невынашивание;
 - мертворождение;
 - искусственное оплодотворение;
 - рубец на матке.
4. Предлежание пуповины.
5. Гестоз.
6. Крупный плод (3600 грамм и более).
7. Перенашивание беременности.
8. Фетоплацентарная недостаточность.
9. Рубцовые изменения шейки матки и влагалища.
10. Экстрагенитальная патология:

- гипертоническая болезнь;
 - пороки сердца;
 - сахарный диабет;
 - бронхиальная астма;
 - НЖО II - III степени.
11. Опухоли органов малого таза, пороки развития внутренних органов.
 12. Гипотрофия плода II - III степени.
 13. Многоплодная беременность при тазовом предлежании любого из плодов.
 14. Разгибание головки плода III степени.
 15. Гемолитическая болезнь плода.
 16. Необходимость в досрочном прерывании беременности.
 17. Настойчивое требование пациентки.
 18. Мужской плод плода.

Показания к кесареву сечению в родах

1. Аномалии родовой деятельности.
2. Преждевременное излитие вод при отсутствии физиологической готовности к родам (незрелая шейка матки).
3. Отсутствие или слабость родовой деятельности через 4-6 часов после отхождения околоплодных вод.
4. Сужение таза II степени при доношенной беременности.
5. Ножное предлежание плода (относительное показание, так как при прочих благоприятных условиях возможно ведение родов по Цовьянову II).
6. Сужение таза I степени (хотя бы одного из размеров на 2 см.) при крупном плоде – 3600 грамм и более.
7. Наличие или появление признаков гипоксии плода по данным КТГ, мониторинга, мекониальном окрашивании вод.
8. Развитие вторичной слабости родовой деятельности: исчезновение или ослабление схваток при полном открытии маточного зева и остановке поступательного движения ягодиц на I - II плоскостях таза.
9. Предлежание или выпадение петель пуповины в I периоде родов.
- 10. Преждевременное излитие вод и тазовое предлежание плода при недоношенной беременности – перевод на III уровень.**

**Алгоритм оказания экстренной медицинской помощи
при послеродовом кровотечении (ПРК)**

Послеродовое кровотечение – кровопотеря:

- более 500 мл при родах через естественные родовые пути
- более 1000 мл при операции кесарево сечение

- в первые 24 часа после родов - **раннее послеродовое кровотечение**
- после 24 часов – **позднее послеродовое кровотечение**

Алгоритм действий:

- 1. Мобилизация свободного персонала**
- 2. Оценка объема кровопотери**
- 3. Сбор анамнеза**
- 4. Оценка состояния и контроль жизненно важных функций организма – АД, пульс, Т, ЧДД**
- 5. Выявление факторов риска** (многорожавшие, аборт и выкидыши в анамнезе, миома матки, многоводие, многоплодная беременность, анемия, фоновые заболевания: сердечно-сосудистые, сахарный диабет, нарушение свертываемости крови, гестоз, внутриутробная смерть плода, патология отделения и выделения плаценты в анамнезе, операции на матке в анамнезе, включая кесарево сечение, родовозбуждение, затянувшиеся/затрудненные роды, стремительные роды, хориоамнионит, родоразрешение при помощи щипцов, экстренное кесарево сечение)
- 6. Катетеризация мочевого пузыря** – мочевой пузырь должен быть пустым
- 7. Катетеризация 1-2-х периферических вен (№№ 14-16 G)** - инфузия кристаллоидов в отношении 3 к 1 объему кровопотери
- 8. Согревание женщины** – накрыть одеялом, поменять влажные простыни на сухие
- 9. Гр. крови, Rh-фактор, совместимость.**
- 10. Выяснение причины кровотечения, обозначенных как « 4 Т»**
 - исследовать матку (**Тонус, Ткань**)
 - осмотр родовых путей (**Травма**)
 - нарушения коагуляции (**Тромбин**)
- 11. Остановка кровотечения (направленная терапия по этиологии)**

«Тонус»	«Ткань»	«Травма»	«Тромбин»
<p>Массаж матки Утеротоники Двуручное сдавление матки</p>	<p>Ручное обследо- вание полости матки (удаление последа или его частей, сгу- стков крови) Кюретаж (в исклю- чительных случаях)</p>	<p>Осмотр на зеркалах Ушивание разрывов мягких тканей ро- довых путей Лапаротомия при разрыве матки Коррекция выворота матки</p>	<p>Переливание фак- торов свертывания (СЗП, криопреци- питата, тромбоци- тарной массы) антифибринолити- ки</p>

Атония матки является наиболее частой причиной ПРК

Для лечения атонии могут быть использованы следующие группы лекарств – утеротоников:

Название пре- парата и оче- редность вве- дения	1-я очередь Окситоцин	2-я очередь Эргометрин/ метилэргометрин	3-я очередь 15-метил Простаг- ландин F _{2α}
<p>Доза и способ применения Начальная доза</p>	<p>в/м 10 Ед или в/в (медленно) 5 Ед</p>	<p>В/м или в/в (медленно) 0,2 мг</p>	<p>В/м: 0,25 мг Возможно в мышцу (шейку) матки Простагландины не должны вводиться внутривенно Это может быть опасно для жизни!</p>
<p>Повторные дозы</p>	<p>В/в капельно 20 ЕД в 1 л раствора со скоростью 60 капель в минуту</p>	<p>По 0,2 мг в/м через 15 минут При необходимости, по 0,2 мг в/м или в/в (медленно) каждые 4 часа</p>	<p>0,25 мг каждые 15 минут</p>
<p>Максимальная доза</p>	<p>Не более 3 литров в/в жидкостей, со- держащих оксито- цин</p>	<p>5 доз (общая доза 1,0 мг)</p>	<p>8 доз (общая доза 2 мг)</p>

Опасные побочные эффекты	<p>Расслабляет гладкие мышцы сосудов</p> <p>Снижает ОПСС</p> <p>Проявляются при возрастании дозы</p>	<p>Периферическая вазоконстрикция – при преэклампсии может развиваться тяжелая гипертензия</p> <p>+ вазопрессоры – развитие инсульта</p> <p>возможен бронхоспазм</p> <p>вызывает тонические сокращения матки</p>	<p>Снижение АД</p> <p>Возрастает ЧСС и ЧДД</p> <p>Иногда парадоксальная реакция в виде гипертонического криза</p> <p>Часто тошнота, рвота, головная боль</p>
Предупреждения/	Не вводите препарат в/в шприцем		
Противопоказания		Преэклампсия, гипертензия, болезни сердца	Астма

**При продолжающемся кровотечении более 1000 мл
или признаках геморрагического шока**

Необходимо одновременно:

- 1. Сообщить о женщине на санитарную авиацию, при необходимости вызвать помощь на себя.**
- 2. Мобилизовать персонал.**
- 3. Позвать на помощь:**
 - Опытного акушера-гинеколога, владеющего оперативной техникой в полном объеме
 - Анестезиолога-реаниматолога
 - Лаборанта
- 4. Оценить объем кровопотери.**
- 5. Оценить состояние женщины и проводить контроль жизненно важных функций организма – постоянный мониторинг АД, пульс, Т, ЧДД с ведением карты экспресс-наблюдения**
- 6. Инфузия кристаллоидов в отношении 3 к 1 объему кровопотери.**
- 7. Провести лабораторные тесты:**
 - ОАК (Hb, Ht, тромбоциты, Т свертывания)
 - Гр. крови, Rh-фактор, совместимость,
 - Прикроватный тест на свертываемость

- 8. Развернуть операционную, если врач владеет техникой операции, выполнить под общим наркозом лапаротомию с наложением гемостатического шва по Б-Линчу или субтотальную, или тотальную гистерэктомию, дренирование брюшной полости.**
- 9. Обеспечить наличие препаратов крови: эритромаcсы, свежемороженой плазмы в требуемом количестве.**
- 10. Наблюдение женщины в палате ИТИР после операции.**
- 11. Выполнение рекомендаций врачей САС.**
- 12. При необходимости решение вопроса о переводе на 3 этап (областная больница).**

Алгоритм оказания экстренной медицинской помощи при тяжелой преэклампсии и эклампсии

1. Оценка состояния и контроль жизненно важных функций организма – АД, пульс.

2. Сбор анамнеза и выяснение факторов риска:

- тяжелая преэклампсия в анамнезе (в том числе семейном)
- многоплодная беременность
- хронические заболевания: (хроническая гипертензия, болезни почек, болезни сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет, антифосфолипидный синдром, первобеременные, ожирение (Индекс массы тела > 35), беременность у женщин старше 40 лет.

3. Оценка степени тяжести преэклампсии.

- Тяжелая преэклампсия - 1. Тяжелая форма гипертензии плюс протеинурия или
2. Любая форма гипертензии плюс один из ухудшающих симптомов:
- церебральные симптомы
 1. головная боль
 2. расстройство зрения
 - олигурия (менее 30 мл/час)
 - боль в эпигастрии
 - рвота
 - обширные отеки (особенно внезапно появившиеся)
 - кол-во тромбоцитов менее 100 тыс.
 - нарушение функции печени
 - отек легких
 - ЗВУР плода

Тяжелая гипертензия

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

Протеинурия

Патологическая протеинурия (более 330 мг/л) у беременных является первым признаком поражения внутренних органов.

Отеки

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

Быстро нарастающие генерализованные отеки, особенно в области поясницы, являются плохим прогностическим признаком.

4. Беременная и родильница с признаками тяжелой преэклампсии подлежат госпитализации в ПИТ родильного отделения или родовой блок больницы III уровня, при отсутствии таковой возможности в ближайшую больницу II уровня машиной скорой помощи со специализированной бригадой (реанимационной) после стабилизации состояния на месте. Любые перемещения пациентки по отделению осуществляются только на каталке.

5. В приемном отделении беременную с признаками тяжелой преэклампсией сразу же осматривает дежурный врач акушер-гинеколог. Решение о госпитализации и лечении принимается совместно с районным врачом акушером-гинекологом и врачом анестезиологом-реаниматологом. При наличии родовой деятельности или дородовом излитии околоплодных вод беременная должна быть сразу госпитализирована в палату интенсивной терапии (ПИТ).

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

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

6. О женщине докладывается на отделение ОЭКМП ВОБ № 1 и совместно решается вопрос о лечении и в случае стабилизации состояния перевод в стационар 3 уровня.

7. Обследование СИТО! (берутся в приемном покое):

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

8. Ведение преэклампсии

8.1. Родоразрешение является единственным эффективным методом лечения тяжелой преэклампсии, эклампсии. Роды должны пройти в пределах 24 часов после появления симптомов.

8.2. Если осложнения в результате тяжелой преэклампсии угрожают жизни матери и женщина нетранспортабельна, то родоразрешение проводится в ближайшие 3 часа на месте. Вопрос о выезде бригады ОЭКМП ВОБ № 1 на место (врач акушер-гинеколог, анестезиолог-реаниматолог, неонатолог) решает консультант.

8.3. Показания для срочного родоразрешения (не зависимо от срока гестации):

- прогрессирование симптомов преэклампсии
- появление одного из угрожающих симптомов эклампсии
 - сильная головная боль
 - нарушение зрения
 - внезапное повышение или очень высокое кровяное давление
 - тошнота или рвота
 - боли в эпигастральной области
 - нарастание признаков печеночной недостаточности, желтушность
 - уменьшенное выделение мочи (моча темного цвета)
 - внезапный или обширный отек, в особенности в области лица или крестца/ нижней части спины
- ухудшение состояния плода

8.4. При незрелой шейке (оценка по Бишопу менее 6 баллов), **если позволяет состояние беременной**, провести подготовку простогландами E₂ или E₁ (только интрацервикальное или интравaginaльное введение) с последующей ранней амниотомией и родовозбуждением окситоцином на фоне магнезиальной, гипотензивной (по показаниям) терапии и адекватного обезболивания (перидуральной анестезии).

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

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

8.5. При незрелой шейке производится оперативное родоразрешение путем операции кесарева сечения под общим обезболиванием с продленной ИВЛ.

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

- Стартовая доза - 4 г сухого вещества ввести в/в медленно в течение 5-10 мин. Далее поддерживающая доза 1-2 г в час (предпочтительно при помощи инфузомата) 8 г (20 мл 25% раствора) в 200 мл. физ.раствора

Скорость введения при использовании капельницы:

1 гр/час - 10 кап/мин

2 гр/час - 20 кап/мин

- Следить за АД, пульсом, сознанием пациентки, состоянием плода
- Признаками передозировки сульфата магния являются
 1. ЧД - менее 12 / мин
 2. олигурия - менее 30мл /час
 3. коленные рефлексy - отсутствие

8.7. Гипотензивная терапия

Регулирование артериального давления следует начинать обычно со 160-170/110 мм рт ст и выше, при этом следует поддерживать диастолическое давление на уровне 90-100 (из-за опасности ухудшения маточно-плацентарного кровообращения).

- Подбор гипотензивных средств индивидуальный

Гипотензивные препараты быстрого действия:

1. Нифедипин (можно сублингвально, из группы блокаторов Са каналцев) - 10 мг - начальная доза, повторно через 30 мин. - максимальная суточная доза 120 мг

ИЛИ

2. Анаприлин (группа В-адреноблокаторов, пропранолол) - 20 мг в/в - начальная доза, при необходимости через 10 мин – 40 мг – затем каждые 10 мин по 80 мг – при отсутствии эффекта при дозе 200 мг – перейти на другой препарат

ИЛИ

Гипотензивные препараты медленного действия:

Допегит (группа антигипертензивных препаратов центрального действия, метилдопа) - начальная доза - 250 мг/сутки, каждые 2 дня увеличивают на 250 мг/сутки.

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

9. Наблюдение и лечение в послеродовом периоде должно быть продолжено в условиях ПИТа совместно акушером-гинекологом и анестезиологом-реаниматологом. Рекомендации по ведению пациентки специалистами отделения ОЭКМП ВОБ № 1.

- Магнезиальная терапия должна продолжаться не менее суток после родоразрешения или последнего припадка эклампсии при наличии положительной динамики
- Гипотензивная терапия проводится с индивидуальным подбором лекарственных средств с постепенным снижением доз при стабилизации состояния.
- **Инфузионная терапия:** стандартный режим - **85 мл/час**. Это включает и объем (20 - 40 мл час) раствора магния. Если женщина начинает пить, объем выпитой жидкости вычитается из перелитого объема растворов
- Перевод родильницы из ПИТа в послеродовое отделение возможен при стабилизации состояния после проведенного лечения, но не ранее 24 часов.
- Снятие с учета в отделении ОЭКМП ВОБ № 1 и выписка из отделения проводится после консультации врача-терапевта и нормализации АД и лабораторных показателей.

Помощь во время судорог

- Подготовьте оборудование (воздуховоды, отсос, маску и мешок, кислород) и дайте кислород со скоростью 4-6 л в минуту.
- Защитите женщину от повреждений, но не удерживайте ее активно.
- Уложите женщину на левый бок для уменьшения риска аспирации желудочного содержимого, рвотных масс и крови.
- После судорог при необходимости очистите отсосом ротовую полость и гортань.

- После приступа немедленно начать магниевую терапию:
 - начальная доза – 4-6 г сухого вещества (20 мл 25% р-ра) в/в в течение 5-10 минут;
 - если судороги повторились ввести 2 г в/в в течение 5 мин;
 - поддерживающая доза – 1-2 г/час в/в (предпочтительнее инфузоматом) или в/в капельно.

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

Общий алгоритм

Мероприятие	Состояние		
	Легкая преэклампсия	Тяжелая преэклампсия	Эклампсия
Тактика	обследование, тщательное наблюдение (возможно амбулаторно)	активная	
Госпитализация	для обследования	обязательная госпитализация в учреждение III–II уровня	
Специфическая терапия	—	магниевая, гипотензивная	
Родоразрешение	—	в течение 24 ч (при ухудшении состояния плода или прогрессировании симптомов – экстренно)	экстренно после стабилизации состояния

Тяжесть преэклампсии	Срок беременности (нед.)		
	32	36	38
Преэклампсия легкой степени	наблюдение		возможно плановое родоразрешение
Преэклампсия тяжелой степени	родоразрешение с профилактикой РДС	экстренное родоразрешение	

Карта наблюдения за новорожденным в ЛПУ Вологодской области

дата _____ время _____
врач ОЭКМП _____
Фамилия _____ пол _____ дата, время рождения _____
Срок гестации _____ вес _____ рост _____ Апгар _____
Адрес: _____
Диагноз обращения: _____
Анамнез: Возраст матери: _____ Группа, Rh _____
Акуш. Анамнез _____

Беременность N _____ осложнения _____

Роды N _____ б/п _____ длительность I - _____ II - _____

Воды _____

Пособие _____

Мероприятия в родзале _____

Течение заболевания: _____

STATUS PRAESENS: вес _____

Ребенок находится в кювезе, в кроватке, под лучистым теплом. Темп. тела _____

Кислородная терапия проводится, не проводится

O₂ через воронку, маску, назальные канюли, аппаратная ИВЛ: FIO₂ _____ Pin _____ Pex _____

T_{in} _____ Rate _____ Реакция на кислород _____

Диаметр ЭТТ _____ Глубина стояния _____

От кислорода зависит, не зависит.

Крик _____

Судорожный синдром _____

Двигательная активность _____

Мышечный тонус _____

Рефлексы _____

Кожные покровы _____

Аускультативно дыхание _____

Признаки ДН _____

ЧДД _____ Sp O₂ _____

Оценка по шкале Сильвермана, Даунеса _____

Тоны сердца _____

ЧСС _____ АД _____ С-м «бледного» пятна _____

Живот _____

Печень _____ селезенка _____

Стул _____ Диурез _____

Питание _____

Венозный доступ _____

Проведенное до обращения в ОЭКМП обследование

Нь ЭР Нt L пал сегм лимф Мон Тромб
сахар крови =

Проведенное до обращения в ОЭКМП лечение:

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ОЭКМП: _____

**Рекомендова-
но:** _____

Фамилия врача ЛПУ: _____

