

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
КЫРГЫЗСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ ПЕРЕПОДГОТОВКИ  
И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ

# **ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ АКУШЕРСКИХ СОСТОЯНИЯХ**

Учебно-методическое пособие  
для преподавателей

Бишкек, 2013

УДК 618  
ББК 57.3  
О–49

Печатается по решению Ученого совета КГМИПипК:

Председатель: **Чубаков Т. Ч.**, *д-р мед. наук, профессор*  
Секретарь: **Кыдыкбаева Н. Ж.**, *канд. мед. наук*

**Члены рабочей группы:**

Аскеров А.А., *д-р мед. наук, зав. кафедрой акушерства и гинекологии КГМА*  
Абазбекова Н.С., *консультант, проект USAID «Качественное здравоохранение»*  
Бообекова А.А., *главный специалист Управления лечебно-профилактической помощи и лицензирования, МЗ КР*  
Бозова С.Д., *старший преподаватель кафедры СД в акушерстве, гинекологии и педиатрии КГМИПипК*  
Ешходжаева А.С., *начальник Управления лечебно-профилактической помощи и лицензирования, МЗ КР*  
Макенжан уулу Алмаз, *канд. мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии КГМА*  
Сексенбаева Д.Б., *акушер-гинеколог, Перинатальный центр г. Бишкек*  
Руфь Чу, *международный консультант, Институт научных технологий и языков*

**Рецензенты:**

Мусуралиев М.С., *доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии КГМА*  
Терентьева Л.С., *кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии КРСУ*

О–49 **ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ АКУШЕРСКИХ СОСТОЯНИЯХ:** Учебно-метод. пособие для преподавателей мед. образоват. учр. для обучения мед. работников родовспомогательных орг. – Б.: Нур-Ас, 2013. – 188 с.

ISBN 978–9967–447–76–9

Данное учебно-методическое пособие был разработано с целью улучшения качества обучения по оказанию неотложной акушерской помощи в программах последипломного образования.

*Данное пособие опубликовано благодаря помощи американского народа, оказанной через Агентство США по международному развитию (USAID). Авторы несут ответственность за содержание публикации, которое не обязательно отражает позицию USAID или Правительства США.*

О 4108160000–13

УДК 618  
ББК 57.3

ISBN 978–9967–447–76–9

# СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ .....	5
ВВЕДЕНИЕ .....	6
ОБЗОР КУРСА .....	7
ПРОГРАММА КУРСА .....	11
ВОПРОСНИК ДЛЯ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ .....	14
МАТРИЦА ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ .....	18
ОЦЕНКА КУРСА .....	19
<b>МОДУЛЬ 1: ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПЕРВИЧНОЙ ОЦЕНКИ И НАЧАЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ .....</b>	<b>23</b>
РАЗБОР И КЛЮЧЕВЫЕ ОТВЕТЫ НА КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ:	
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1.1 .....	27
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1.2 .....	28
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1.3 .....	29
КОНТРОЛЬНЫЙ СПИСОК 1.1: ПЕРВИЧНАЯ ОЦЕНКА И НАЧАЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ .....	30
КОНТРОЛЬНЫЙ СПИСОК 1.2: ПОМОЩЬ ПРИ ШОКЕ .....	31
<b>МОДУЛЬ 2: КРОВОТЕЧЕНИЕ В РАННИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ .....</b>	<b>37</b>
РАЗБОР И КЛЮЧЕВЫЕ ОТВЕТЫ НА КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ:	
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2.1 .....	44
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2.2 .....	46
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2.3 .....	48
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2.4 .....	50
КОНТРОЛЬНЫЙ СПИСОК 2.1: ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ САМОПРОИЗВОЛЬНОГО ВЫКИДЫША/АБОРТА (РУЧНАЯ ВАКУУМ-АСПИРАЦИЯ (РВА)) .....	52
ЛИТЕРАТУРА .....	55
<b>МОДУЛЬ 3: КРОВОТЕЧЕНИЕ В ПОЗДНИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ .....</b>	<b>61</b>
РАЗБОР И КЛЮЧЕВЫЕ ОТВЕТЫ НА КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ:	
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 3.1 .....	66
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 3.2 .....	68
ЛИТЕРАТУРА .....	70
<b>МОДУЛЬ 4: ПОСЛЕРОДОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ .....</b>	<b>75</b>
РАЗБОР И КЛЮЧЕВЫЕ ОТВЕТЫ НА КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ:	
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 4.1 .....	79
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 4.2 .....	81
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 4.3 .....	82
КОНТРОЛЬНЫЙ СПИСОК 4.1: БИМАНУАЛЬНАЯ КОМПРЕССИЯ МАТКИ .....	84
КОНТРОЛЬНЫЙ СПИСОК 4.2: СДАВЛИВАНИЕ БРЮШНОЙ АОРТЫ .....	85
КОНТРОЛЬНЫЙ СПИСОК 4.3: РУЧНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ И ВЫДЕЛЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ .....	86
КОНТРОЛЬНЫЙ СПИСОК 4.4: РУЧНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПОЛОСТИ МАТКИ .....	88
АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ .....	89
ЛИТЕРАТУРА .....	91

<b>МОДУЛЬ 5: ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ</b> .....	95
РАЗБОР И КЛЮЧЕВЫЕ ОТВЕТЫ НА КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ:	
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 5.1 .....	99
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 5.2 .....	101
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 5.3 .....	103
АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ .....	105
АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЭКЛАМПСИИ .....	108
<b>МОДУЛЬ 6: РОДОРАЗРЕШЕНИЕ С ПОМОЩЬЮ ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИИ</b> .....	111
КОНТРОЛЬНЫЙ СПИСОК 6.1: РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПРИ ПОМОЩИ ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИИ .....	115
ЛИТЕРАТУРА .....	117
<b>МОДУЛЬ 7: ДИСТОЦИЯ ПЛЕЧИКОВ ПЛОДА</b> .....	121
РАЗБОР И КЛЮЧЕВЫЕ ОТВЕТЫ НА КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ:	
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 7.1 .....	127
КОНТРОЛЬНЫЙ СПИСОК 7.1: ДИСТОЦИЯ ПЛЕЧИКОВ ПЛОДА. СХЕМА «ВОНДИРК» .....	129
ЛИТЕРАТУРА .....	131
<b>МОДУЛЬ 8: ТАЗОВЫЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ И ВЫПАДЕНИЕ ПУПОВИНЫ</b> .....	135
КОНТРОЛЬНЫЙ СПИСОК 8.1: ПОСОБИЕ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА .....	138
ЛИТЕРАТУРА .....	145
<b>МОДУЛЬ 9: НЕПРАВИЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛОДА. МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ</b> .....	
ТЕСТ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ .....	
ЛИТЕРАТУРА .....	
КОНТРОЛЬНЫЙ СПИСОК 9.1 ИТОГОВЫЙ ЗАЧЕТ .....	146
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ</b> .....	152

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД	Артериальное давление
АУ	Аntenатальный уход
АПФ	Ангиотензинпревращающий фермент
АФП	Альфа-фето протеин
БРА	Блокаторы ангиотензин II рецепторов
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВМС	Внутриматочная спираль (ВМС).
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВСК	Время свертывания крови
ГСР	Глубокие сухожильные рефлексy
ЗВУР	Задержка внутриутробного развития
ДАД	Диастолическое артериальное давление
ДВС	Диссеминированное внутрисосудистое свертывание
ДРК	Дородовое кровотечение
ДЭС	Диэтилстильбестрол
ИМТ	Индекс массы тела
НАП	Неотложная акушерская помощь
НПГ	Наружный поворот головки
ОПЯ	Остатки плодного яйца
ОЦК	Объем циркулирующей крови
ОПН	Острая почечная недостаточность
ОАК	Общий анализ крови
РВА	Ручная вакуум аспирация
РКИ	Рандомизированное контролируемое исследование
СЗП	Свеже-замороженная плазма
КТГ	Кардиотокография плода
ПИ	Предупреждение инфекций
ПРК	Послеродовое кровотечение
ПВ	Протромбиновое время
УЗИ	Ультразвуковое исследование
ЧСС	Число сердечных сокращений
ХГЧ	Хорионический гонадотропин человека

## ВВЕДЕНИЕ

За последние 20 лет международное сообщество сосредоточило повышенное внимание и ресурсы на сокращение материнской смертности и заболеваемости. Кыргызское правительство перед мировым сообществом также заявило о своей приверженности в снижении материнской и детской смертности. Наблюдаются значительные достижения в данной области и в то же время, продолжаются дебаты по тому, что является наиболее эффективными стратегиями для улучшения материнского здоровья и выживания. Большое количество инвестиций вложено в исследовательские проекты и статистический анализ, на основе которых внедряется ряд программ по безопасному материнству, отслеживается их прогресс, показывая, что определенные вмешательства действительно приводят к уменьшенной смертности или заболеваемости. Установлено, что только квалифицированный специалист может оказать эффективную помощь для спасения жизни матери и новорожденного, но при этом не следует недооценивать важность таких вопросов, как политика, механизмы управления, доступность лекарств, оборудования, материалов, наличие функционирующей системы обслуживания.

Данное методическое пособие было разработано с целью улучшения качества оказания неотложной акушерской помощи. Был проведен обзор международных доказательных ресурсов, на базе которых разработан курс.

При подготовке данного курса были использованы следующие источники:

- Неотложные состояния в акушерстве. ALSO, AAFPh, Баку, 2011
- Best practices in Maternal and Newborn Care: A learning recourse package for essential and basic emergency and obstetric care. The ACCESS Program, Jhpiego, 2008
- Оказание помощи при осложнённом течение беременности и родов. Руководство для акушеров и врачей. ВОЗ – Репродуктивное здоровье и научные исследования.
- Emergency obstetric care for doctors and midwives. Prepared by the JHPIEGO/MNH program, 2003

Пакет учебных материалов курса по оказанию неотложной помощи в акушерстве состоит из следующих компонентов:

- Пособие для преподавателей
- Пособие для участников
- Набор презентаций
- Анатомические муляжи, медикаменты, инструменты

Данное учебно-методическое пособие был разработано с целью улучшения качества обучения по оказанию неотложной акушерской помощи в программах последипломного образования.

Пособие фокусируются на развитии, применении и оценке навыков и подходов к работе на основе уже имеющихся знаний и навыков.

Способы оказания помощи, описанные в учебном курсе, основаны на последних достижениях науки. Учитывая тот факт, что научно обоснованная медицина является основой для клинической практики, планируется обновлять данные, изложенные в руководстве, по мере поступления новой информации.

Мы надеемся, что данные пособия будут использованы в интересах пациентов и смогут помочь акушеркам и врачам при столкновении с неотложными акушерскими ситуациями.

## ОБЗОР КУРСА

### Обзор курса

Курс продолжается три дня и проводится на клинической базе. Успешное завершение курса обучения означает овладение, как содержанием предмета, так и элементами определённых навыков, а так же удовлетворительную в целом работу по оказанию командной помощи в экстренной акушерской ситуации. Каждый участник должен овладеть предполагаемыми навыками с тем, чтобы позднее обеспечить пациентов качественными медицинскими услугами. Каждому участнику должна быть предоставлена возможность наблюдения и проведения практики/демонстрации всех навыков, связанных с обеспечением пациентов качественными медицинскими услугами.

При успешном завершении курса (не менее 85% правильных ответов на заключительный вопросник и 100% успешное выполнение новых навыков) участнику выдаётся сертификат, в котором отмечаются те новые навыки, которыми он овладел успешно.

По завершении курса участникам должны быть предоставлены условия для немедленного применения новых навыков на своём рабочем месте. Очень эффективным является подход, когда наставник/куратор посетит в течение ближайших трёх месяцев участников с целью мониторинга и последующей оценки.

### Цели учебного курса

- Повлиять положительным образом на отношение медицинских работников к работе в команде при предоставлении экстренной акушерской помощи, с определением конкретных действий в неотложной ситуации.
- Предоставить медицинским работникам клинические навыки для необходимого и адекватного реагирования в экстренной акушерской ситуации.
- Предоставить медицинским работникам возможность усвоить клинические навыки для принятия решения в экстренной акушерской ситуации.

### Методы обучения

- Иллюстрированные лекции и групповые обсуждения
- Демонстрация клинических навыков на муляжах
- Оценка клинических навыков участников курса
- Занятия в команде в смоделированной ситуации
- Ролевые игры
- Занятия с анатомическими муляжами
- Индивидуальные и групповые занятия

### Учебные материалы

- Справочное руководство «Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов: руководство для акушерок и врачей», ВОЗ
- Пособие для преподавателей
- Пособие для участников
- Набор слайдов
- Учебные видео-фильмы
- Анатомические муляжи, медикаменты, инструменты

Справочное руководство по оказанию помощи при осложнённом течении беременности и родов (ВОЗ) содержит основные технические сведения о тактике ведения осложнений беременности и родов. Применение данного руководства, как основного источника технической информации, не исключает использования других справочных материалов. Желательно, чтобы каждый участник был обеспечен экземпляром руководства.

Пособие для преподавателей включает:

- Описание компонентов Пакета
- Описание соответствующих материалов по каждой теме курса
- Перечень необходимых для успешного проведения занятия материалов
- Расписание курса и описание каждого занятия
- Ключи к вопросам и задачам
- Разъяснение методов оценки знаний и навыков

Пособие для участников содержит информацию, которая понадобится участникам во время курса, например, расписание, учебные руководства по выполнению различных навыков, вопросник для оценки знаний, примеры клинических случаев.

В пособии для участников *клиническая часть разделена на следующие разделы:*

- Последовательность первичной оценки и действий при неотложных состояниях
- Гипертензивные нарушения при беременности
- Кровотечения в ранние сроки беременности
- Кровотечения в поздние сроки беременности
- Послеродовые кровотечения
- Вакуум экстракция плода
- Дистоция плечиков
- Тазовые предлежания и выпадение пуповины
- Неправильные предлежания и многоплодная беременность

В каждом из вышеперечисленных разделов имеются сведения по определению, классификации, диагностике и ведению пациентов.

Набор слайдов и учебные видео-фильмы помогут при проведении лекций. В состав данного пакета материалов включены слайды, выполненные в программе PowerPoint, по основным темам, которые можно использовать для демонстрации с использованием компьютера и проектора.

Анатомические муляжи такие, как имитатор родов, модель таза, муляж плода, предназначены для обучения клиническим навыкам в смоделированной ситуации с соблюдением принципов гуманистического обучения. Желательно чтобы на 3-5 участников был 1 муляж и 1 набор инструментов и медикаментов.

### **Оборудование для курса**

- муляж для симуляции родов (таз, плод, плацента и пуповина, передняя брюшная стенка)
- муляж новорожденного ребенка для реанимации
- гибкий манекен плода, который можно использовать для демонстрации приемов родовспоможения при ягодичном предлежании
- муляж для отработки навыков ведения в/в катетера
- вакуум-экстрактор системы Kiwi, вакуумный аспиратор из полости матки
- ручной вакуум аспиратор
- канцтовары (флип-чарт, маркеры, скотч, блокнот, ручка)

### **Набор для клинической симуляции**

- стетоскоп
- тонометр
- термометр
- стетоскоп для выслушивания сердцебиения плода
- часы
- штатив для в/в инфузий
- влагалищные ретрактора (2)
- иглодержатель
- зажим



- иглы и шовный материал
- однозубые или круглые щипцы
- маточный зонд
- воздуховод
- мешок Амбу
- кислородная трубка и маска
- мешки 1000 мл
- системы для в/в инфузий (2)
- в/в катетеры 16 размера (2), 20 размера (1)
- жгут, спирт, вата, пластырь (липкая лента)
- стерильные перчатки (10)
- мочевого катетер
- калиброванная бутылка для сбора мочи
- калиброванный контейнер для сбора крови
- окситоцин в ампулах (2)
- кальция глюконат (1)
- нифедипин (1)
- клонидин (1)
- сульфат магния в ампулах (2)
- энзапрост в ампулах (1)
- мизопропрост в таблетках (1 упаковка)
- шприцы (20 мл x 2, 10 мл x 1, 5 мл x 1)
- кушетка
- лоток, ватные шарики, тампоны
- пробирки (2 шт.) для анализа на свертываемость
- окрашенная жидкость
- пленки

Должен быть один полный комплект оборудования и набора для клинической симуляции для каждого клинического преподавателя.

Идеально было бы иметь уже подготовленный набор для клинической симуляции до начала курса, хотя большая часть предметов для набора может быть собрана на месте. Если набор будет собираться на месте, следует дать кому-то список необходимых предметов, чтобы собрать все до начала первой лекции. Стерильные предметы НЕ нужно раскрывать во время демонстрации, но их нужно взять в руки, а не просто назвать. В конце курса их можно будет вернуть. Необходимо сделать упор на действие, а не на словесные пояснения. Например, вместо того, чтобы просто сказать “я начинаю в/в вливания” – участник должен взять бутылку для в/в вливаний, систему для инфузий и в/в катетер, наложить жгут, намочить ватный тампон спиртом и очистить место венепункции, разместить на руке в нужном месте не распакованный в/в катетер, закрепить его липкой лентой, и т.д.

Альтернативно, медицинских работников медучреждения, в котором проводится тренинг, можно попросить собрать все необходимое, что имеется на месте для оказания помощи в неотложных акушерских ситуациях. Затем группа может оценить собранный набор – насколько он адекватен и что, возможно, упущено.

Клинические актеры в идеале должны подбираться не из числа участников. Возможно, эту роль смогли бы сыграть студенты-медики или санитарки. Они потребуются два раза в первый день и один раз во второй день.

Поскольку каждый участник по-своему усваивает информацию, использование различных средств поможет донести до каждого участника желаемую информацию.

### **Рекомендуемый состав курса**

- 10-15 клинических специалистов ( из них не менее 5-6 акушеров)
- 3 клинических преподавателя, т.е. на одного преподавателя должно быть не более пяти участников

### **Критерии отбора участников**

Участниками данного курса могут быть врачи акушеры-гинекологи и акушерки, работающие на всех уровнях оказания помощи беременным, роженицам и родильницам.

### **По окончании учебного курса участники смогут:**

- Описать основную и всестороннюю помощь при экстренных акушерских ситуациях, а так же командный подход к обеспечению помощью с целью снижения материнской смертности
- Описать опыт, связанный с оказанием экстренной акушерской помощи, включая здравый смысл в ургентной обстановке, ответственность каждого за свои действия и уважение прав женщин
- Провести процесс быстрой первичной оценки и оказания помощи женщине, которая предъявляет жалобы
- Определить симптомы шока и оказать неотложную и специфическую терапию
- Определить симптомы и признаки акушерских кровотечений, уметь оказать помощь в такой ситуации, используя упрощённые протоколы действий, включая ручное отделение и выделение последа, бимануальное сдавление матки, сдавление брюшной аорты.
- Проводить ручную вакуум аспирацию при неполном аборте
- Определить симптомы и признаки вызванной беременностью гипертензии, уметь оказать помощь в такой ситуации, используя протоколы действий
- Диагностировать и оказывать помощь при выпадении пуповины
- Проводить роды в тазовом предлежании, при многоплодной беременности
- Оказывать помощь при неправильных предлежаниях и вставлениях головки плода
- Проводить вакуум-экстракцию плода
- Оказать помощь при дистоции плечиков
- Описать сложные шаги в управлении службой экстренной акушерской помощи и улучшать её день за днём

### **Оценка участников**

Успешное завершение курса обучения означает овладение, как содержанием предмета, так и определёнными навыками, а так же работу в команде при оказании помощи в экстренной акушерской ситуации.

Оценка участников будет проводиться для определения достижений участников в трёх областях:

- Знания – оценка знаний перед началом курса и вопросник для оценки знаний в конце курса (не менее 85% правильных ответов)
- Навыки – оценка клинических навыков по контрольным спискам (удовлетворительное выполнение навыков).

### **Оценка курса**

Анонимная анкета заполняется в конце курса всеми участниками

## ПРОГРАММА КУРСА

### День 1-й

Время	Тема
9.00-9.30	Регистрация, приветствие и знакомство
9.30- 10.00	Пре-тест
10.00- 11.30	<p>Модуль: <b>Последовательность первичной оценки и начальные действия при неотложных состояниях</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Лекция</li> <li>• Демонстрация и оценка по клиническому сценарию</li> <li>• Сертификация практического навыка</li> <li>• 2 клинических актёра (имитирующих пациента). <i>Демонстрация тренерами командной работы - 10 мин.</i></li> <li>• Деление на группы - 5 участников в каждой, 1 тренер, 1 клинический актёр. <i>Индивидуальная оценка - Первичная оценка и Шок – по 10 минут каждый.</i> Ролевая игра в каждой группе</li> </ul>
11.30-11.45	Кофе-брейк
11.45-13.45	<p>Модуль: <b>Послеродовое кровотечение (ПРК)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Лекция</li> <li>• Демонстрация клинических навыков и практических приемов ПРК</li> <li>• <i>Демонстрация тренерами (1 манекен)– 15 мин.</i></li> <li>• Деление на группы - 5 участников, 1 тренер, 1 манекен. <i>Индивидуальная демонстрация навыков под наблюдением. Демонстрируемые навыки: Контролируемая тракция пуповины, Ручное отделение плаценты, Ручное обследование полости матки, Бимануальная компрессия матки, Сдавление брюшной аорты, Измерение объема кровопотери</i></li> <li>• Обсуждение практических навыков – диагностика разрыва матки, разрывы шейки, ушивание разрывов влагалища/промежности, ушивание по B-Lynch (Б-Линч).</li> </ul>
13.45-14.30	Обед
14.30-16.30	<p>Модуль: <b>Кровотечение в ранние сроки беременности</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Лекция</li> <li>• Групповые обсуждения по клиническому сценарию</li> <li>• Демонстрация и оценка клинического навыка - вакуум-аспирации</li> <li>• Сертификация практического навыка</li> <li>• <i>Демонстрация тренерами - вакуум-аспирации содержимого из полости матки – 10 мин.</i></li> <li>• Разделиться на группы, 1 тренер, 1 вакуумный аспиратор в каждой. <i>Предлагаются клинические сценарии. Групповое обсуждение процесса принятия диагностических решений, плана постановки диагноза и лечения по каждому сценарию.</i></li> </ul> <p><i>Индивидуальная демонстрация навыков под наблюдением - 10 минут каждый.</i></p>
16.30-16.45	Кофе-брейк
16.45-17.15	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оценка по клиническому сценарию (ПРК)</li> <li>• Сертификация практического навыка</li> <li>• <i>Разделиться на группы. Индивидуальная оценка навыков – ПРК - 10 минут каждый.</i></li> </ul>
17.15-17.30	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Подведение итогов дня участниками</li> </ul>
17.30-18.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обсуждение дня преподавателями</li> </ul>

## День 2-й

Время	Тема
9.00-9.15	Обсуждение вчерашнего дня
9.15-10.45	<p>Модуль: <b>Гипертензивные нарушения при беременности</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Лекция</li> <li>• Оценка по клиническому сценарию</li> <li>• <i>Разделиться на группы, по тренеру в каждой. Предлагается 4 сценария. Групповое обсуждение процесса принятия диагностических решений, плана постановки диагноза и лечения по каждому сценарию. Ролевая игра по алгоритму неотложной помощи при тяжелых преэклампсии эклампсии</i></li> </ul>
10.45- 11.00	Кофе-брейк
11.00-13.00	<p>Модуль: <b>Родоразрешение при помощи вакуум-экстракции</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Лекция</li> <li>• Демонстрация и оценка клинического навыка – Вакуум-экстрактор</li> <li>• Сертификация практического навыка</li> <li>• <i>Демонстрация тренерами - вакуум-экстрактора системы Kiwi – 10 мин.</i></li> <li>• <i>Разделиться на группы, по 5 участников каждая, 1 тренер, 1 манекен, 1 вакуум-экстрактора системы Kiwi.</i></li> </ul> <p><i>Индивидуальная оценка навыка применения вакуум-экстрактора – по 10 минут каждый.</i></p>
13.00-13.45	Обед
13.45-15.45	<p>Модуль: <b>Дистоция плечиков плода (ДП)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Лекция</li> <li>• Отработка клинических навыков – ДП</li> <li>• <i>Демонстрация тренерами – практических приемов на манекене – 15 мин.</i></li> <li>• <i>Разделиться на группы, по 5 участников каждая, 1 тренер, 1 манекен для симуляции родов. Индивидуальная пошаговая демонстрация практических приемов на манекене под наблюдением.</i></li> </ul>
15.45-16.00	Кофе-брейк
16.00-17.15	<p>Оценка по клиническому сценарию – ДП</p> <p>Сертификация практического навыка</p> <p><i>Индивидуальная оценка ДП - 10 минут каждый.</i></p>
17.15-17.30	• Подведение итогов дня участниками
17.30-18.00	• Обсуждение дня преподавателями

## День 3-й

Время	Тема
9.00-9.15	Обсуждение вчерашнего дня
9.15-9.45	Модуль: <b>Неправильные предлежаия, положения и многоплодная беременность</b> Обсуждение домашнего задания. Мини-тест
9.45-11.45	Модуль: <b>Тазовые предлежаия и выпадение пуповины</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Лекция</li> <li>• Демонстрация клинических навыков</li> <li>• <i>Разделиться на группы, по 5 участников каждая, 1 тренер, 1 манекен для симуляции родов, 1 гибкий манекен плода.</i></li> <li>• <i>Практические навыки – Чрез-абдоминальная оценка положения/ предлежаия /опускания, Диагностика предлежащей части и предлежаия (поперечное положение, предлежаие пуповины, ножное, лицевое, ягодичное, переднее затылочное, поперечное, заднее)</i></li> <li>• <i>Техника родоразрешения при ягодичном предлежаии.</i></li> <li>• <i>Техника наружного поворота (видео).</i></li> </ul>
11.45-12.00	Кофе-брейк
12.00-13.30	Модуль: <b>Кровотечение в поздние сроки беременности</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Лекция</li> <li>• Оценка по клиническому сценарию</li> <li>• <i>Разделиться на группы, по 5 участников каждая, 1 тренер.</i></li> <li>• <i>Предлагается клинических сценария. Групповое обсуждение процесса принятия диагностических решений, плана постановки диагноза и лечения по каждому сценарию.</i></li> </ul>
13.30-14.15	Обед
14.15-14.45	Время для практики Манекены предоставляются для индивидуальной практики, тренеры помогают. Повторить оценочную сессию для тех, кто получил оценку “требует улучшения” по всем практическим навыкам для сертификации.
14.45-16.00	<b>Аттестация по клиническим ситуациям</b>
	Кофе-брейк накрывается в комнате ожидания.
16.00 -17.00	Пост-тест Оценка курса и раздача сертификатов
17.00-17.30	• Обсуждение дня преподавателями

## ВОПРОСНИК ДЛЯ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ ПО НЕОТЛОЖНОЙ АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ

Инструкции: На каждый вопрос дано четыре варианта ответов. Курсивом выделены правильные ответы

### 1. Быстрая первичная оценка должна быть проведена:

- А) всем женщинам, которые предъявляют жалобы на боли в животе и кровотечение
- Б) всем женщинам, которые предъявляют жалобы на боли в животе
- В) всем женщинам, которые предъявляют жалобы на кровотечение
- Г) *всем женщинам детородного возраста, которые обращаются с любыми проблемами*

### 2. Женщина, у которой имеет место шок в результате акушерской патологии, может иметь:

- А) частый, слабый пульс
- Б) низкое артериальное давление
- В) учащённое дыхание
- Г) *всё вышеперечисленное*

### 3. Быстрая первичная оценка состояния больной основывается на:

- А) подробно собранном анамнезе
- Б) тщательном физическом осмотре
- В) *показателях функции жизненно важных органов (А/Д, пульс, сознание, дыхание, температура)*
- Г) дополнительных лабораторных данных

### 4. Повышенное артериальное давление в сочетании с протеинурией во время беременности свидетельствует о:

- А) *преэклампсии*
- Б) хронической гипертензии
- В) пиелонефрите
- Г) ничего из указанного

### 5. У пациентки с повышенным артериальным давлением и протеинурией сильная головная боль является симптомом:

- А) лёгкой преэклампсии
- Б) преэклампсии средней тяжести
- В) *тяжёлой преэклампсии*
- Г) эклампсии

### 6. Нагрузочная доза сульфата магнезии 25%:

- А) 10,0 мл -25% вв струйно очень медленно
- Б) внутривенно 5,0 мл – 25% после в/м 20,0 мл
- В) *20,0 мл -25% - развести в 20 мл изотонического раствора в двух шприцах в/в струйно очень медленно*
- Г) система для внутривенного введения 200,0 мл - 25%, установленная через 5 минут

### 7. Целью гипотензивной терапии при тяжёлой преэклампсии или эклампсии является поддержка диастолического А/Д:

- А) на нормальных цифрах
- Б) ниже 80 мм рт ст
- В) между 80мм рт ст и 90 мм рт ст
- Г) *между 90 мм рт ст и 100 мм рт ст*

**8. Признаками HELLP синдрома являются:**

- А) тошнота, рвота, боли в правом подреберье
- Б) увеличение размеров печени
- В) снижение количества тромбоцитов
- Г) *всё вышеперечисленное*

**9. Противосудорожная терапия при тяжёлой преэклампсии и эклампсии должна:**

- А) быть прервана сразу после родоразрешения
- Б) быть прервана через 6 часов после родоразрешения
- В) *проводиться в течение 24 часов после родов или последней судороги*
- Г) проводиться в течение 12 часов после родов или последней судороги

**10. Неотложная помощь при внематочной беременности заключается в:**

- А) подготовке к немедленной лапаротомии
- Б) готовности к переливанию крови
- В) наблюдения за динамикой состояния женщины
- Г) *всё вышеперечисленное верно*

**11. Беременная, не состоит на учете, срок гестации 34 недели по последней менструации, поступает в стационар с жалобами на кровянистые выделения из влагалища. Первое действие, которое вы должны сделать:**

- А) провести влагалищное исследование
- Б) готовить срочно к операции кесарево сечение
- В) *проверить сознание, дыхание, пульс, АД, температуру тела*
- Г) направить срочно на УЗИ

**12. Клинические симптомы, которые вызывают подозрение на внематочную беременность включают :**

- А) задержка менструации
- Б) кровянистые выделения из половых путей
- В) боли внизу живота
- Г) *всё вышеперечисленное верно*

**13. Процедура ручной вакуум аспирации считается законченной, если:**

- А) *ощущается гладкость стенок матки*
- Б) падает вакуум в шприце
- В) видна пена в канюле, но нет больше тканей
- Г) матка расслабляется

**14. Внезапное послеродовое кровотечение может быть связано с:**

- А) гипотонией матки
- Б) травмой мягких тканей родовых путей
- В) задержкой последа
- Г) *всё вышеперечисленное верно*

**15. Необходимо думать о разрыве шейки матки, стенок влагалища и промежности, если имеет место кровотечение после родов при:**

- А) *целой плаценте и сократившейся матке*
- Б) нарушенной плаценте и сократившейся матке
- В) целой плаценте и атоничной матке
- Г) нарушенной плаценте и атоничной матке

**16. Если имеет место выворот матки после родов, то:**

- А) дно матки не пальпируется через переднюю брюшную стенку
- Б) может быть слабая или интенсивная боль в животе
- В) вывернутая матка может быть видна из вульвы
- Г) *всё вышеперечисленное верно*

**17. При необходимости производства ручного отделения плаценты:**

- А) надо одну руку, сжатую в кулак ввести во влагалище, а другой рукой делать массаж матки
- Б) надо одну руку ввести в передний свод влагалища, а другой надавить на брюшную стенку
- В) надо ввести одну руку в полость матки, а другую руку используйте для тракции за пуповину
- Г) *надо ввести одну руку в полость матки, а другую положить на живот матери, чтобы удерживать дно матки*

**18. Если Вы выбрали ручную компрессию брюшной аорты для остановки послеродового кровотечения, точка сдавления находится:**

- А) под пупком и слегка вправо
- Б) под пупком и слегка влево
- В) над пупком и слегка вправо
- Г) *над пупком и слегка влево*

**19. Для быстрого восполнения ОЦК при акушерских кровотечениях надо срочно начинать трансфузию:**

- А) декстранов ( полиглюкин, реополиглюкин )
- Б) *кристаллоидов ( физраствор, раствор Рингера )*
- В) одногруппной крови ( или препаратов крови)
- Г) только нативной плазмы

**20. Результат прикроватного теста свидетельствует о коагулопатии, если:**

- А) кровотечение из 1 мм надреза на внутренней стороне предплечья не останавливается в течение 7 минут
- Б) сгусток не образуется в течение 7 минут при добавлении кальция глюконата к 3 мл крови в пробирке
- В) сгусток образуется в течение 7 минут
- Г) *сгусток не образуется в течение 7 минут или образуется рыхлый сгусток, который легко разрушается*

**21. При проведении бимануальной компрессии матки необходимо:**

- А) *расположить сложенную в кулак руку в переднем своде влагалища, а вторую руку на живот позади матки*
- Б) расположить сложенную в кулак руку в заднем своде влагалища, а вторую руку на живот позади матки
- В) расположить сложенную в кулак руку в полость матки, а вторую руку на дно матки
- Г) расположить сложенную в кулак руку на передней брюшной стенке

**22. Если имеют место неэффективные потуги при живом плоде, полном раскрытии шейки матки и положении головки в малом тазу:**

- А) роды необходимо закончить операцией кесарева сечения
- Б) *роды необходимо закончить вакуум-экстракцией*
- В) необходимо сделать эпизиотомию
- Г) необходимо стимулировать роды введением окситоцина



**23. Центр чашечки вакуум-экстрактора должна быть наложен:**

- А) точно на малый родничок
- Б) на 5 см спереди от малого родничка
- В) на 3 см спереди от малого родничка
- Г) на 2 см сзади от большого родничка

**24. Для проведения вакуум-экстракции плода необходимы следующие условия:**

- А) затылочное предлежание
- Б) полное раскрытие шейки матки и разрыв плодной оболочки
- В) соответствие размеров головки плода и таза
- Г) все вышеперечисленное верно

**25. Дистоция плечиков диагностируется при:**

- А) если плечики плода не рождаются в течение 60 сек. после рождения головки
- Б) головка плода отводится назад в сторону промежности «признак черепахи»
- В) легкая тракция не влияет на роды
- Г) все вышеперечисленное верно

**26. При дистоции плечиков:**

- А) необходимо провести прием МакРобертса
- Б) необходимо избегать надавливания над лоном и попросить женщину сильнее тужиться
- В) необходимо не сильно и непрерывно подтягивать за головку по направлению вниз и надавливать над лоном
- Г) необходимо сильно подтягивать за головку плода и надавить на дно матки

**27. Если прием Мак-Робертса и надавливание над лоном неэффективны:**

- А) необходимо опустить ноги вниз и начать прием Рубина
- Б) продолжать держать позицию Мак-Робертса и начать прием Рубина
- В) необходимо готовиться к операции кесарево сечение
- Г) необходимо войти рукой во влагалище и захватить ручку плода и тянуть в прямом направлении

**28. При тазовом предлежании показаниями для влагалищного родоразрешения являются:**

- А) предполагаемый вес плода выше 3500 гр
- Б) ножное предлежание плода
- В) разгибание головки
- Г) присутствие опытного медработника

**29. При рождении таза или ягодиц плода надо:**

- А) необходимо тянуть вниз
- Б) необходимо тянуть вверх
- В) не трогать, продолжать наблюдать
- Г) необходимо потягивать за паховый сгиб

**30. Беременная 32 лет, с доношенной беременностью доставлена с жалобами на кровянистые выделения из половых путей без видимых причин. Объективно: Состояние удовлетворительное, А/Д 110/70 мм рт ст. Тонус и форма матки обычные. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 144. Какую патологию можно предполагать?**

- А) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- Б) пузырный занос
- В) предлежание плаценты
- Г) разрывы варикозно расширенных вен стен влагалища

## МАТРИЦА ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

Номер вопроса	Ответ
1	Г
2	Г
3	В
4	А
5	В
6	В
7	Г
8	Г
9	В
10	Г
11	В
12	Г
13	А
14	Г
15	А
16	Г
17	Г
18	Г
19	Б
20	Г
21	А
22	Б
23	В
24	Г
25	Г
26	А
27	Б
28	Г
29	Б
30	В

## ОЦЕНКА КУРСА

### I. ОБЩАЯ ОЦЕНКА ЗА КУРС

5 – высшая оценка    1 – низшая оценка

Оценка

Преподавателя

\_\_\_\_\_

Доступность материала

\_\_\_\_\_

Содержание курса

\_\_\_\_\_

Комментарий: Если Вы нашли какие-либо ошибки в руководстве или слайдах, пожалуйста, отметьте это ниже. Спасибо!

---



---

### II. ЛЕКЦИИ КУРСА: ПОЖАЛУЙСТА ОЦЕНИТЕ КАЖДУЮ СЕКЦИЮ КУРСА.

Оценка

#### **Последовательность первичной оценки и действий при неотложных состояниях**

Содержание представленного материала

\_\_\_\_\_

Представление материала преподавателем

\_\_\_\_\_

#### **Кровотечения в ранние сроки беременности**

Содержание представленного материала

\_\_\_\_\_

Представление материала преподавателем

\_\_\_\_\_

#### **Кровотечения в поздние сроки беременности**

Содержание представленного материала

\_\_\_\_\_

Представление материала преподавателем

\_\_\_\_\_

#### **Послеродовое кровотечение**

Содержание представленного материала

\_\_\_\_\_

Представление материала преподавателем

\_\_\_\_\_

#### **Гипертензивные состояния при беременности**

Содержание представленного материала

\_\_\_\_\_

Представление материала преподавателем

\_\_\_\_\_

#### **Родоразрешение с помощью вакуум-экстракции**

Содержание представленного материала

\_\_\_\_\_

Представление материала преподавателем

\_\_\_\_\_

**Дистоция плечиков**

Содержание представленного материала \_\_\_\_\_

Представление материала преподавателем \_\_\_\_\_

**Тазовые предлежания и выпадение пуповины**

Содержание представленного материала \_\_\_\_\_

Представление материала преподавателем \_\_\_\_\_

**III. ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ** \_\_\_\_\_

**IV. ОБСУЖДЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ** \_\_\_\_\_

**V. Пожалуйста, прокомментируйте зачет по практическим навыкам.**

---

---

**VI. Пожалуйста, прокомментируйте письменный тест.**

---

---

**VII. Ваши предложения для улучшения курса в следующий раз.**

**ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПЕРВИЧНОЙ ОЦЕНКИ  
И НАЧАЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ  
ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ**



## МОДУЛЬ 1. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПЕРВИЧНОЙ ОЦЕНКИ И НАЧАЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ

По окончании работы над модулем участники должны:

Уметь применить принципы первичной оценки и выявить приоритеты в лечении является очень важной задачей. В соответствии с этим можно провести необходимые процедуры по реанимации и наблюдению.

Подготовка к модулю

- Обзор современных публикаций и доказательных материалов, относящихся к первичной оценке и начальным действиям при неотложных состояниях
- Убедитесь, что все участники имеют Руководство для участника

### Структура и продолжительность модуля:

**Общая продолжительность – 110 минут**

Активность 1 – Введение Интерактивная презентация	<b>40 мин</b>
Активность 2 – Работа в малых группах	<b>45 мин</b>
Активность 3 – Заключение	<b>5 мин</b>
	<b>90 мин</b>

### Ключевая информация

- Оценка при шоковых состояниях проводится независимо от того, в сознании или без сознания, и проводится согласно правиле последовательности действий по мнемонику – АВСДЕ
- Мнемонической схемы АВСДЕ, где каждая последующая буква подразумевает определенные действия.
  - А – контроль дыхательных путей и шейного отдела позвоночника
  - В – дыхание
  - С – кровообращение и контроль наружного кровотечения
  - D – неврологический статус
  - Е – обнажить грудь и живот пациента
- Хорошо организованная командная работа в неотложной ситуации помогает быстро и качественно оказать неотложную помощь.
- Все сотрудники должны уметь проводить быструю оценку, набор для неотложной помощи должен быть готовым и пополняться каждый раз после использования.
  - Незапланированные тренировочные учения по неотложным ситуациям должны быть частью системы оказания услуг здравоохранения. Частые тренировочные учения позволят гарантировать, что каждый член команды по оказанию неотложной помощи, знает свою роль/задачу и сможет реагировать быстро.

### АКТИВНОСТЬ 1 – Интерактивная презентация (40 мин)

**Покажите Слайд 1.** Расскажите о цели и задачах данного модуля и чего должны достигнуть к концу лекции слушатели. Применить принципы первичной оценки и выявить приоритеты в лечении является очень важной задачей. В соответствии с этим можно провести необходимые процедуры по реанимации и наблюдению.

**Перейдите на Слайд 2. Определение краткой первичной оценки.** Первичная оценка относится к целому процессу оценки, лечения, проведения осмотра с головы до пяток, повторного осмотра пациента, перевозки пациента. Такая оценка проводится независимо от того, в сознании или без сознания, и проводится согласно правиле последовательности действий по мнемонику – АВСДЕ

**Покажите Слайд 3. Последовательность первичной оценки.** Это правило должно строиться на основе мнемонической схемы ABCDE, где каждая последующая буква подразумевает определенные действия.

- A – контроль дыхательных путей и шейного отдела позвоночника
- B – дыхание
- C – кровообращение и контроль наружного кровотечения
- D – неврологический статус
- E – обнажить грудь и живот пациента

**Перейдите на Слайд 4. Скажите что обязательно до начала** действия по правиле ABCDE, необходимо обратиться к пациенту «Вы меня слышите?» или/и встряхните осторожно пациента за плечо, говорите с пациентом. Если пациент в сознании и может говорить, то нет необходимости проводить маневр запрокидывания головы – поднятия подбородка. Если пациент способен говорить, значит, его дыхательные пути открыты или проходимы. При этом нет необходимости проводить прием «вижу, слышу, ощущаю» для оценки дыхания, но необходимо оценить дыхание по речи пациента. Например, сколько слов произносит пациент за один вдох? Если пациент произносит только одно или два слова, то это говорит о том, что у него одышка. Нормальный человек может произнести 7 и более слов за один вдох.

**Покажите Слайд 5. Пункт А - Освобождение дыхательных путей.**

Дыхательные пути проверяются в первую очередь, чтобы выявить проходимы ли они. У пациентов в начале нужно провести манёвр поднятия подбородка или выдвижения нижней челюсти.

**Покажите Слайд 6. Пункт В - дыхание.** Далее необходимы следующие действия:

- Проверить дыхательные пути на предмет обструкции
- Если пациент может говорить, значит его дыхательные пути проходимы
- При необходимости повторить оценку

**Слайд 7.** Оценка дыхания проводится следующим образом:

- Вижу, слышу, ощущаю
- Проверить качество и частоту дыхания пациента
- Дышит ли он? Поддерживает ли это жизнедеятельность?
- Обнажить грудь и произвести осмотр грудной клетки

**Перейдите на Слайд 8. Оценка дыхания - первые действия. Расскажите, какие мероприятия Вы должны делать в зависимости от ситуации**

Отсутствие дыхания, учащенное дыхание (30 и более вдохов в мин.), затрудненное или удушье, бледность или цианоз кожи – начните респираторную поддержку.

Осмотрите – язык на наличие инородных тел, легкие на свистящее дыхание или хрипы

Если при этом не дышит: позвать на помощь, положить на спину на левый бокс отклоненной назад головой, приподнять подбородок для открытия дыхательных путей, обследовать рот на инородные тела, отсосать слизь из гортани, провести вспомогательную вентиляцию мешком Амбу или через маску пока не появится дыхание.

Если восстановлено дыхание, но неадекватное, то надо придать нужное положение, дать кислород и мониторируют (для беременной использовать валик для профилактики синдрома нижней полой вены)

Отсос требуется в следующих случаях:

- Рвота у пациента в бессознательном состоянии
- Большое количество мокроты
- Кровотечение при травме лица, головы или носа
- Обильное слюноотделение у пациента с нарушением глотания при инсульте, обструкции пищевода или травме гортани



**Покажите Слайд 9. Пункт С - Кровообращение и контроль кровотечения.**

Проверить пульс: наличие, частоту, силу, регулярность. Если имеется видимое наружное кровотечение – необходим контроль кровотечения. Проверить цвет, температуру и влажность кожи.

**Слайд 10. Пункт Д-Неврологический статус. Скажите что, так же важно оценить уровень сознания.** При неврологической оценке необходимы общие термины по мнемонику ВГБО, например:

- В – это буква означает пациент в сознании
- Г – это буква означает, что имеется реакция на голос
- Б – это буква означает, что имеется реакция на боль
- О – это буква означает, что отсутствует любая реакция

Так же надо указать Зрачки – размер (узкие или широкие или разные) и реакция на свет (есть или нет)

**Покажите Слайд 11. Пункт Е - раздеть пациента.** Скажите что вся одежда должна быть снята для оценки области живота, таза и области бедренных костей. После этого укрыть пациента и держать его в тепле.

**Перейдите на Слайд 12. Действия после первичной оценки и стабилизации.**

Перечислите, какие мероприятия должны производиться командой после первичной оценки.

**Покажите слайды 13-16. Шок, определение, симптомы и признаки и действия при шоке.** Дайте определение шока, подчеркните, что это угрожаемое жизни состояние, требующее немедленного оказания помощи.

Снова должны произвести **быструю оценку при шоке** и определить следующие признаки:

- Частое дыхание (30 и более вдохов)
- Холодная и липкая кожа
- Бледность носогубного треугольника, конъюнктивы или ладоней
- Потливость
- Беспокойство, спутанность сознания
- Бессознательное состояние

**Обязательно** каждые 15 минут контроль функций – дыхание, АД, пульс и температура тела. Так же необходимо после действий провести оценку реакций на в/в вливание через 30 минут. Улучшение будет в виде: – пульс 90 и менее, систол. АД выше 100 мм.рт.ст, увеличение диуреза более 30мл\ч, уменьшение тревоги или спутанности.

Далее показывая **Слайд 17. Говорите, что нужно делать, если состояние улучшилось.** И конечно, если диагностика с использованием средств первичной оценки (жизненные показатели, пульсоксиметрия, диурез и др.) указывают на неотложную помощь при кровотечениях, то объем помощи должен соответствовать согласованному стандарту.

**Покажите Слайд 18. Подчеркните важность командной работы, кроме того** все сотрудники должны уметь проводить быструю оценку, набор для неотложной помощи должен быть готовым и пополняться каждый раз после использования.

**Подводя итог презентации** скажите что хорошо организованная командная работа в неотложной ситуации помогает быстро и качественно оказать неотложную помощь и имеет следующие преимущества:

- Качественно оказывается помощь
- Четко работают благодаря последовательности действий
- Есть один лидер, который распределяет роли и четко формулирует действия и задачи команды
- Может помочь избежать многие ошибки
- Правильное и своевременное использование навыков.

### **Покажите Слайд 19. Подчеркните важность тренировочных учений.**

Тренировка или практическая отработка позволит дать участникам возможность наблюдать и участвовать в системе быстрой оценки и действиях при неотложных ситуациях.

К концу тренинга участники должны быть способны проводить тренировочные учения в своем учреждении.

Тренировочные учения могут быть проведены несколько раз за время тренинга, с привлечением и тренеров и участников. Шаги проведения тренировок приведены ниже:

- Выбрать сценарий
- Распределить роли заранее
- По звонку начать тренировочное учение
- По завершении учения обсудить:
  - какие элементы делают учение эффективным обучающим инструментом
  - Как данное может быть улучшено
  - Как и когда использовать учения в лечебных учреждениях

**Спросите есть ли у них вопросы/комментарии относительно пройденного материала. Ответьте на вопросы участников.**

**АКТИВНОСТЬ 2. Работа в малых группах (45 мин).** Работа участников с клиническими сценариями и отработка навыков по последовательности первичной оценки и начальные действия при неотложных ситуациях и шоке по оценочному листу.

Тренировка или практическая отработка позволит дать участникам возможность наблюдать и участвовать в системе быстрой оценки и действиях при неотложных ситуациях. Незапланированные тренировочные учения по неотложным ситуациям должны быть частью системы оказания услуг здравоохранения. Частые тренировочные учения позволят гарантировать, что каждый член команды по оказанию неотложной помощи, знает свою роль/задачу и сможет реагировать **быстро**. К концу тренинга участники должны быть способны проводить тренировочные учения в своем учреждении.

Разделите на малые группы по 5 участников, в каждой группе должен быть тренер модератор. Пусть каждый участник группы, поочередно меняясь ролями, выполнит все шаги по оценочному листу под контролем тренера. Необходим клинический актер или муляжная кукла.

Дайте пример «Как работать в команде»:

- Лидер при осмотре пациента координирует все действия команды, проводит оценку ABC, решает последовательность оказания помощи, стабилизирует пациента (н-р: массаж матки, подача кислорода, реанимационные меры). Остается рядом с пациентом до прибытия специализированной помощи или перевода.
- Второй член отвечает за дыхание и другие функции, за регулярный мониторинг и регистрацию показателей пациента и учет введенных лекарственных средств в реальном режиме времени
- Третий член, подключает аппаратуру, обеспечивает внутривенный доступ и введение лекарственных средств.
- Четвёртый член вызывает помощь – включает сигнал тревоги, по телефону или бежит за помощью, приглашает специалиста лаборатории, доставляет набор неотложной помощи, необходимые материалы и оборудование, подбадривает и информирует членов семьи пациентки, помогает при необходимости чистить пациента

Тренировочные учения могут быть проведены несколько раз за время тренинга, с привлечение и тренеров и участников. Шаги проведения тренировок приведены ниже:

1. Выбрать сценарий
2. Распределить роли
3. По звонку начать тренировочное учение
4. По завершении учения обсудить:
  - какие элементы делают учение эффективным обучающим инструментом
  - Как данное учение может быть улучшено
  - Как и когда использовать учения в лечебных учреждениях

### **АКТИВНОСТЬ 3 – Заключение**

## РАЗБОРЫ И КЛЮЧЕВЫЕ ОТВЕТЫ НА КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ: ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПЕРВИЧНОЙ ОЦЕНКИ И НАЧАЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ

<b>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1.1</b>	
<b>ИНФОРМАЦИЯ И ВОПРОСЫ, задаваемые преподавателем</b>	<b>КЛЮЧЕВЫЕ РЕАКЦИИ И ДЕЙСТВИЯ, ожидаемые от ученика</b>
<p>1. Г-жа Л., 35 лет, рожавшая несколько раз, имеет 5 детей. Её муж, рассказывающий, что она рожала дома при помощи повитухи, привез её в больницу. Повитуха сказала ему, что плацента отделилась легко и сразу после родов, но с тех пор у г-жи Л. «слишком сильное кровотечение». Семья испробовала множество способов, чтобы помочь г-же Л. до того, как привести ее в больницу, но она продолжает обильно истекать кровью.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ваши действия?</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Призвать на помощь и немедленно мобилизовать весь имеющийся персонал</li> <li>• Оказать первичную оценку. Немедленно проводиться последовательности действий по мнемонике – АВСДЕ</li> <li>• Немедленно оценить степень тяжести шока г-жи Л., включая основные жизненные показатели организма (температуру, пульс, артериальное давление и частоту дыхания), уровень сознания, цвет и температуру кожи.</li> <li>• Рассказать г-же Л. (и ее мужу) о том, что будет делаться, внимательно их выслушать и отвечать на их вопросы и беспокойства.</li> <li>• Перевернуть г-жу Л. на бок, если она находится в бессознательном или полубессознательном состоянии и проверить проходимость дыхательных путей.</li> </ul>
<p>2. При осмотре вы обнаруживаете, что артериальное давление г-жи Л. 80/50 мм.рт.ст., пульс 140 ударов/мин, частота дыхания 34 вдохов/мин, температура 37<sup>o</sup> С. Её кожа холодная и покрыта холодным потом, не отвечает на вопросы.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Как вы думаете, что случилось с г-жой Л.?</i></li> <li>• <i>Что вы будете делать сейчас?</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Установить, что г-жа Л. находится в состоянии шока</li> <li>• Попросить одного из сотрудников, пришедшего на помощь, начать внутривенное переливание, используя широкий катетер и физраствор или раствор Рингера в пропорции 1 л в 15–20 минут</li> <li>• Во время проведения инфузионной терапии взять кровь на соответствующие анализы (гемоглобин, группа крови, ее совместимость, анализ на свертываемость для исключения коагулопатии)</li> <li>• Начать подачу кислорода 6–8 л/мин</li> <li>• Катетеризировать мочевой пузырь</li> <li>• Искать причину шока (гиповолемическую или септическую) путем пальпации матки на плотность и чувствительность, определяя количество потерянной крови</li> <li>• Накрыть г-жу Л., таким образом обеспечивая ее пребывание в тепле</li> <li>• Приподнять ноги</li> </ul>
<p><b>Вопрос обсуждения: Как вы узнаете, что женщина находится в состоянии шока?</b></p>	<p><b>Ожидаемый ответ:</b> Пульс чаще 110 ударов/мин; артериальное систолическое давление менее 90 мм.рт; холодная, потная кожа; бледность; частота дыхания более 30 вдохов/мин; находится в состоянии страха и беспокойства или без сознания</p>

<b>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1.2</b>	
<b>Информация и вопросы задаваемые преподавателем</b>	<b>Ключевые реакции и ответы ожидаемые от ученика</b>
<p>1. Г-жа М поступает в приемный блок. Она сонливая и ведет себя беспокойно, на вопросы отвечает бессвязно.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ваши первые действия?</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Призвать на помощь и немедленно мобилизовать весь имеющийся персонал</li> <li>• Оказать первичную оценку. Немедленно проводится последовательности действий по мнемонику – ABCDE</li> <li>• Проверить дыхательные пути на проходимость, поднять подбородок и выдвинуть нижнюю челюсть.</li> <li>• Оценить по приему «Вижу, слышу, ощущаю». Оценить качество и частоту дыхания.</li> <li>• Перевернуть женщину на бок, чтобы ее дыхательные пути оставались свободными.</li> <li>• Проверить наличие пульса. Проверить частоту, силу, регулярность.</li> <li>• Проверить цвет, температуру и влажность кожи.</li> <li>• Измерить АД.</li> <li>• Провести оценку сознания по ВГБО</li> </ul>
<p>2. При осмотре вы обнаруживаете, что артериальное давление г-жи М. 80/50 мм.рт.ст., пульс 120 ударов/мин; дыхательные пути чистые, частота дыхания 34 вдохов/мин; температура 39.4° С. Оценка неврологического статуса = Г</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Как вы думаете, что случилось с г-жой М.?</i></li> <li>• <i>Что вы будете делать сейчас?</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Установить, что г-жа М. находится в состоянии шока</li> <li>• Попросить одного из сотрудников, прибывшего на помощь, начать внутривенную инфузию, используя широкий катетер и физраствор или раствор лактат Рингера в пропорции 1 л в 15–20 минут</li> <li>• Во время проведения переливания взять кровь на соответствующие анализы (гемоглобин, группа крови, совместимость, анализ для исключения коагулопатии)</li> <li>• Начать подачу кислорода 6–8 л/мин</li> <li>• Катетеризировать мочевого пузыря</li> <li>• Искать причину шока (гиповолемическую или септическую) путем пальпации матки на плотность и болезненность. Накрыть г-жу М., таким образом обеспечивая ее пребывание в тепле</li> <li>• Приподнять ноги</li> </ul>
<p>3. При дальнейшем осмотре вы обнаруживаете, что матка г-жи М. болезненна и что у нее имеются зловонные лохии. При опросе муж говорит, что недавно у г-жи М. был самопроизвольный выкидыш.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Что является главной проблемой г-жи М.?</i></li> <li>• <i>Каковы причины ее шока?</i></li> <li>• <i>Что вы предпримите далее?</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Установить, что у г-жи М. температура, чувствительная матка и зловонные лохии.</li> <li>• Определить, что шок г-жи М. вызван инфекцией в результате</li> <li>• Дать антибиотики по протоколу сепсиса</li> </ul>
<p>4. Через 6 часов артериальное давление г-жи М. 100/60 мм.рт., пульс 100 ударов/мин, частота дыхания 24 вдоха/мин, температура 38° С. Она легко поднимается и ориентируется.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Что вы теперь будете делать?</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Скорректировать пропорцию внутривенной инфузии до 1 л в 6 часов</li> <li>• Продолжать следить за артериальным давлением и пульсом</li> <li>• Проверить, что выделение мочи составляет 30 мл/час или больше</li> <li>• Продолжать вводить антибиотики</li> </ul>

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1.3

Информация и вопросы задаваемые преподавателем	Ключевые реакции и ответы ожидаемые от ученика
<p>1. Поступила беременная А. на такси без сопровождения в приемный блок. Водитель говорит, что пару часов назад ей стало плохо, рвота, боли внизу живота и упала. В сознание не приходила.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ваши действия?</i></li> <li>• <i>Как вы думаете, что случилось с пациенткой.?</i></li> <li>• <i>Что вы будете делать сейчас?</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Призвать на помощь и немедленно мобилизовать весь имеющийся персонал</li> <li>• Оказать первичную оценку. Немедленно проводится последовательности действий по мнемонике – АВСДЕ</li> <li>• Проверить дыхательные пути на проходимость, поднять подбородок и выдвинуть нижнюю челюсть.</li> <li>• обследовать рот на инородные тела, отсосать слизь из гортани</li> <li>• Оценить по приему «Вижу, слышу, ощущаю». Оценить качество и частоту дыхания.</li> <li>• Перевернуть женщину на бок, чтобы ее дыхательные пути оставались свободными.</li> <li>• провести вспомогательную вентиляцию мешком Амбу или через маску пока не появится дыхание.</li> <li>• Проверить наличие пульса. Проверить частоту, силу, регулярность.</li> <li>• Проверить цвет, температуру и влажность кожи.</li> <li>• Измерить АД.</li> <li>• Провести оценку сознания по ВГБО</li> </ul>
<p>2. Не отвечает на вопросы, пища в ротовой полости, дыхание не определяется, пульс – 90.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Установить, что беременная А. находится в состоянии шока</li> <li>• Попросить одного из сотрудников, прибывшего на помощь, начать внутривенную инфузию, используя широкий катетер и физраствор или раствор лактат Рингера в пропорции 1 л в 15–20 минут</li> <li>• Во время проведения переливания взять кровь на соответствующие анализы (гемоглобин, группа крови, совместимость, анализ для исключения коагулопатии)</li> <li>• Начать подачу кислорода 6–8 л/мин</li> <li>• Катетеризировать мочевого пузырь</li> <li>• Искать причину шока (гиповолемическую или септическую) путем пальпации матки на плотность и болезненность. Накрыть беременную А., таким образом обеспечивая ее пребывание в тепле</li> <li>• Приподнять ноги</li> </ul>

## КОНТРОЛЬНЫЙ СПИСОК 1.1: ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПЕРВИЧНОЙ ОЦЕНКИ И НАЧАЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ (для преподавателя)

Оцените выполнение каждого этапа или наблюдаемого задания, используя следующую оценочную шкалу:

- 1. Наблюдение отсутствует:** Этап или действие не выполнялись участником во время оценки.
- 2. Необходимо улучшить:** Этап/действие не были выполнены в соответствии со стандартной процедурой или руководствами.
- 3. Удовлетворительное выполнение:** Этап/действие выполнено в соответствии со стандартной процедурой или руководствами.

Участник \_\_\_\_\_

Дата наблюдения \_\_\_\_\_

<b>ПЕРВИЧНАЯ ОЦЕНКА И НАЧАЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ</b>					
<b>ЭТАП/ЗАДАНИЕ</b>	<b>СЛУЧАИ</b>				
<b>ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПЕРВИЧНОЙ ОЦЕНКИ</b>					
1. Призвать на помощь, срочно мобилизовать имеющийся персонал.					
2. Обратиться к пациенту «Вы меня слышите?» и/или встряхнуть осторожно за плечо.					
3. Если женщина в сознании и реагирует и может говорить, пропустить оценку дыхания. Проверить сколько слов за 1 минуту произносит пациент.					
<b>A. КОНТРОЛЬ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА</b>					
4. Проверить дыхательные пути на проходимость, поднять подбородок и выдвинуть нижнюю челюсть.					
5. Обследовать рот на инородные тела, отсосать слизь из гортани.					
<b>B. ОЦЕНКА ДЫХАНИЯ</b>					
6. Оценить по приему «Вижу, слышу, ощущаю».					
7. Если дыхание отсутствует – начать искусственное дыхание, провести вспомогательную вентиляцию мешком Амбу до появления дыхания.					
8. Оценить качество и частоту дыхания.					
9. Если есть нарушения дыхания (учащенное дыхание 30 и более вдохов в мин., затрудненное или удушье, бледность или цианоз кожи) поднять в полу-сидячее положение.					
10. Дать кислород 6–8 л/мин через лицевую маску или носовой катетер.					
11. Обеспечить непрерывное наблюдение и мониторинг.					
12. Если женщина без сознания и нормально дышит, то перевернуть женщину на бок, чтобы ее дыхательные пути оставались свободными.					

ПЕРВИЧНАЯ ОЦЕНКА И НАЧАЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ					
ЭТАП/ЗАДАНИЕ	СЛУЧАИ				
<b>С. ОЦЕНКА КРОВООБРАЩЕНИЯ И КОНТРОЛЬ НАРУЖНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ</b>					
13. Проверить наличие пульса.					
14. Если отсутствует – начинайте сердечно-легочную реанимацию.					
15. Для эффективного проведения реанимационных мероприятий беременных женщин в позднем сроке следует укладывать так, чтобы обеспечить латеральное смещение матки влево.					
16. Если пульс определяется - проверить частоту, силу, регулярность.					
17. Проверить цвет, температуру и влажность кожи.					
18. Измерить АД.					
19. Если тахикардия и гипотензия – начинайте работать по протоколу «Шок».					
20. Если гипертензия – начинайте работать по протоколу по Неотложным гипертензивным состояниям (“Эклампсия”).					
<b>D – ОЦЕНКА НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА</b>					
21. Провести оценку сознания по ВГБО: <ul style="list-style-type: none"> <li>• В – означает, что пациент в сознании</li> <li>• Г – означает, что имеется реакция на голос</li> <li>• Б – означает, что имеется реакция на боль</li> <li>• О – означает, что отсутствует любая реакция</li> </ul>					
22. Оценить зрачки и реакцию на свет.					
<b>E – ОБНАЖИТЬ ГРУДЬ И ЖИВОТ ПАЦИЕНТА</b>					
23. Осмотреть область живота, таза и бедренных костей.					
24. Накрыть женщину одеялом, чтобы она согрелась.					

## КОНТРОЛЬНЫЙ СПИСОК 1.2: ПОМОЩЬ ПРИ ШОКЕ

(для преподавателя)

Оцените выполнение каждого этапа или наблюдаемого задания, используя следующую оценочную шкалу:

1. **Наблюдение отсутствует:** Этап или действие не выполнялись участником во время оценки.
2. **Необходимо улучшить:** Этап/действие не были выполнены в соответствии со стандартной процедурой или руководствами.
3. **Удовлетворительное выполнение:** Этап/действие выполнено в соответствии со стандартной процедурой или руководствами.

Участник \_\_\_\_\_

Дата наблюдения \_\_\_\_\_

<b>ПОМОЩЬ ПРИ ШОКЕ</b> (Многие из следующих этапов и заданий должны выполняться одновременно)					
ЭТАП/ЗАДАНИЕ	СЛУЧАИ				
<b>ОСНОВНАЯ ТЕРАПИЯ</b>					
1. Призвать на помощь, срочно мобилизовать имеющийся персонал.					
2. Если женщина в сознании и реагирует, сказать женщине (и сопровождающему ее лицу), что будет сделано, внимательно выслушать и ответить на ее вопросы и беспокойства.					
<b>НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ</b>					
3. Проверять жизненные показатели организма женщины каждые 15 минут: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Температура</li> <li>▪ Пульс</li> <li>▪ Артериальное давление</li> <li>▪ Дыхание</li> </ul>					
4. Перевернуть женщину на бок, чтобы ее дыхательные пути оставались свободными. Если женщина не дышит, начать меры по оживлению. Если есть затруднения дыхания поднять в полусидячее положение.					
5. Давать кислород 6–8 л/мин через лицевую маску или носовой катетер.					
6. Накрыть женщину одеялом, чтобы она согрелась.					
7. Приподнять ноги женщины, если возможно.					
<b>ВЗЯТИЕ КРОВИ И ВОЗМЕЩЕНИЕ ОЦК</b>					
8. Хорошо вымыть руки.					
9. Присоединить систему для внутривенного вливания трубку к флакону с физраствором, пропустить жидкость через систему.					
10. Выбрать подходящее место для инфузии (например, внутреннюю сторону руки или предплечья).					
11. Затянуть жгут на плече женщины					



<b>ПОМОЩЬ ПРИ ШОКЕ</b> (Многие из следующих этапов и заданий должны выполняться одновременно)				
<b>ЭТАП/ЗАДАНИЕ</b>	<b>СЛУЧАИ</b>			
12. Одеть новые смотровые или глубоко дезинфицированные хирургические перчатки.				
13. Обработать кожу на месте, выбранном для инфузии, ввести катетер с сечением 16 в вену.				
14. Взят кровь на гемоглобин, совместимость и свертываемость.				
15. Отделить шприц от иглы или канюлю.				
16. Присоединить внутривенную трубку к игле или канюле, закрепить лейкопластырем иглу или катетер.				
17. Настроить внутривенную систему, так, чтобы обеспечить вливание 1л жидкости в течение 15-20 минут.				
1. Поместить 2 мл крови в маленькую стеклянную пробирку для анализов для проведения анализа на свертываемость по Ли-Уайту: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Держать анализную пробирку в закрытом кулаке, грея ее.</li> <li>▪ Через 4 минуты, слегка коснуться пробирки, чтобы посмотреть формирование сгустка.</li> <li>▪ Проверять каждую минуту до тех пор, пока пробирку вместе с сгустком крови можно будет перевернуть кверху.</li> <li>▪ Если же сгустка, легко переворачивающегося, не образуется, возможна коагулопатия.</li> </ul>				
<b>КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ</b>				
1. Одеть новые перчатки.				
2. Обработать наружные половые органы.				
3. Ввести катетер в отверстие уретры так, чтобы моча стекала в стерильный резервуар, измерить и записать количество.				
4. Закрепить катетер и соединить его с емкостью для сбора мочи				
<b>ПЕРЕОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ И ДАЛЬНЕЙШАЯ ТЕРАПИЯ</b>				
1. Оценить ответную реакцию женщины на внутривенные вливание жидкости в течение 30 минут отметить признаки улучшения: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Стабилизацию пульса</li> <li>▪ Повышение систолического артериального давления (100 мм.рт. или более)</li> <li>▪ Улучшение состояние (меньше замешательства и беспокойства)</li> <li>▪ Увеличение выделения мочи (30 мл/час или более)</li> </ul>				
2. Если состояние женщины улучшается: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Скорректировать скорость внутривенного вливания до 1 л в течение 6 часов.</li> <li>▪ Продолжать искать основную причину шока.</li> <li>▪ Продолжать внимательно следить за жизненными показателями организма и выделением мочи.</li> <li>▪ Выполнить лабораторные анализы.</li> </ul>				
3. Произвести физический осмотр и анализы для определения причины шока, если таковая до сих пор неизвестна.				



**КРОВОТЕЧЕНИЕ  
В РАННИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ**



## МОДУЛЬ 2: КРОВОТЕЧЕНИЕ В РАННИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ

### Задачи обучения

По окончании работы над модулем участники должны:

- Описать клинику, диагностику и лечение невынашивания
- Описать клинику, диагностику и лечение внематочной беременности
- Описать клинику, диагностику и лечение трофобластической болезни
- Описать технику вакуум-кюретажа для лечения неполного выкидыша

### Подготовка к модулю

- Обзор современных публикаций и доказательных материалов, относящихся к терапии послеродового кровотечения
- Убедитесь, что все участники имеют Руководство для участника

#### Структура и продолжительность модуля:

##### Общая продолжительность – 120 минут

Активность 1 – Введение Интерактивная презентация	45 мин
Активность 2 – Демонстрация	10 мин
Активность 3 – Обсуждение в группе, работа в малых группах	60 мин
Активность 4 – Заключение	5 мин
	<b>120 мин</b>

### Ключевая информация

- Трансвагинальное УЗИ для диагностики проблем первого триместра беременности обеспечивает более высокое разрешение, чем трансабдоминальная сонография.
- Рутинное УЗИ в ранних сроках позволяет более точно определить гестационный срок, обеспечить раннюю диагностику многоплодной беременности и раннее выявление клинически не проявляющихся мальформаций (пороков развития плода).
- Многих пациенток с самопроизвольным прерыванием беременности в первом триместре можно вести выжидательно, хирургическое вмешательство с проведением дилатации и кюретажа не требуется.
- Каждой Rh-отрицательной женщине с вагинальным кровотечением любой природы в первом триместре следует назначить 50 мг Rh-иммуноглобулина (мини-доза).
- Если диагноз трубной беременности может быть поставлен неинвазивными методами, можно прибегнуть к медикаментозному лечению метотрексатом- это метод выбора, но только для гемодинамически стабильных женщин с неразорвавшейся трубной беременностью, в отсутствие признаков активного кровотечения, с первоначально низким уровнем ХГЧ в сыворотке крови.
- Введение внутриматочных спиралей сразу после самопроизвольного или индуцированного аборта в первом триместра безопасно и эффективно.
- Лапароскопическая хирургия — это наиболее желательный метод лечения большинства женщин с трубной беременностью при возможности.
- Анализ на ХГЧ может быть использован для мониторинга прогресса беременности на ранних сроках, динамика гормонального уровня может указать на риск самопроизвольного прерывания беременности и на возможность эктопической беременности.

### АКТИВНОСТЬ 1 – Интерактивная презентация (45 мин)

Покажите Слайды 1, 2. Кровотечения во время первого триместра встречается от 15 до 20% диагностированных беременностей самопроизвольно прерывается, в 80% случаев прерывание происходит в первом триместре. Кровотечение в первом триместре, помимо выкидыша, может указывать на эктопическую беременность, трофобластическую болезнь и такие не акушерские состояния, как

кровотечение из полипа шейки матки, рыхлую шейку, травму или рак шейки матки. Данная глава фокусируется на диагностике и лечении выкидыша, внематочной беременности и трофобластической болезни.

**Перейдите на Слайд 3.** Очень важно понимать диагностические возможности УЗИ, ограничения этого вида исследования и приемы проведения сканирующих исследований в первом триместре, что влияет на диагностическую точность. В данной главе описано и проиллюстрировано правильное применение возможностей ультразвукового исследования, позволяющее точно диагностировать основные патологии первого триместра. Наибольший диагностический эффект достигается при проведении УЗИ в первом триместре в сочетании с данными анамнеза, объективного обследования и проведенных лабораторных тестов, в частности определения уровня ХГЧ и прогестерона в плазме. Ультразвуковое исследование настолько удобно и диагностически показательно, что большинство клиницистов используют в его качестве первоочередного метода выявления осложнений первого триместра, оставляя определение уровня ХГЧ и/или прогестерона в качестве диагностического метода второй очереди, для тех случаев, когда результаты УЗИ сомнительны. Для проведения ультрасонографического исследования в первом триместре беременности следует иметь в распоряжении средства как трансабдоминальной, так и трансвагинальной визуализации<sup>10</sup>.

Трансабдоминальное сканирование обеспечивает широкий обзор и хорошую глубину охвата, что позволяет проводящему обследованию специалисту увидеть высоко расположенные или локализующиеся глубоко в области таза образования. Трансабдоминальное сканирование осуществляется с помощью датчиков с диапазоном (амплитудой) от 3 до 5 мегаГерц (мГц). Трансвагинальное сканирование проводится на высоких частотах - от 5 до 7,5 мГц, что обеспечивает большее расширение, повышает диагностическую детализацию, но при этом ограничивает глубину охвата<sup>11,12</sup>. Следовательно, возможность применения обеих методик необходима для более точной диагностики.

**Покажите Слайд 4-5.** Попросите участников дать определения состояниям, показанным на слайде.

Для определения и описания прерывания беременности в раннем сроке используется целый ряд терминов; многие из них устарели, так как возникли до того, как появились современные представления о патофизиологии. Несмотря на это, ряд этих терминов до сих пор широко применяется и должен быть упомянут.

- 1. Спонтанный аборт** - самопроизвольное прерывание беременности в течение первых 20 недель. В связи с тем, что этот термин часто путают с индуцированным абортом (элективное, искусственное прерывание беременности), термин невынашивание может быть предпочтительнее для обсуждения спонтанного аборта с пациентами.
- 2. Ранний спонтанный аборт** - самопроизвольное прерывание беременности в сроке 12 недель или ранее.
- 3. Угрожающий аборт** - Кровотечение из полости матки в любом сроке первой половины беременности. Шейка закрыта, частей плодного яйца в отделяемом нет. Несмотря на наличие кровотечения, остается вероятность продолжения беременности с хорошим исходом.
- 4. Незавершенный аборт** - состояние, при котором в отделяемом из полости матки определяются части плодного яйца, но часть их остается в полости матки.
- 5. Аборт в ходу** - шейка раскрыта, но ткани плодного яйца не отходят.
- 6. Несостоявшийся аборт.** Плод или эмбрион мертв в течение нескольких недель, но ткани плодного яйца не отходили. Шейка закрыта. Эти пациентки обычно поступают по поводу отсутствия увеличения размеров матки или отсутствия сердечной деятельности плода к 12 неделе.
- 7. Септический аборт** - незавершенный аборт, осложненный инфицированием полости матки, что приводит к развитию эндометрита, параметрита перитонита.
- 8. Сморщенное плодное яйцо.** Эмбрион прекратил развитие, однако удается визуализировать опознаваемый гестационный мешок и ткани плаценты. УЗИ на высоком разрешении показывает, что эмбрион отсутствует. Эквивалентный термин - «рассасывание – резорбция эмбриона». Это состояние обычно диагностируется с помощью УЗИ или с помощью исследования отходящих из полости матки тканей.

- 9. Субхорионическое кровоизлияние**- Выявление на УЗИ скопления крови между хорионом и стенкой матки. При субхорионическом кровоизлиянии, плодное яйцо и эмбрион будут определяться, но сонография покажет гематому между хорионом и стенкой матки. Когда УЗИ показывает субхорионическое кровоизлияние, вероятность выкидыша составляет 30% (даже когда определено сердцебиение плода).
- 10. Децидуа**- Эндометрий беременности, который часто отходит как часть отделяемого при выкидыше. Если децидуальная оболочка отходит интактной, это называется децидуальным слепком, который зачастую указывает на эктопическую беременность.

#### **Слайд 6. Коротко остановитесь на причинах и факторах риска**

**Слайд 7.** Попросите участников коротко рассказать клинику. Отметьте что при самопроизвольном прерывании беременности уровень ХГЧ перестает нарастать (плато) или падает, симптоматика, характерная для беременности, становится менее выраженной. Затем развивается вагинальное кровотечение. Влагалищное кровотечение является наиболее частым признаком возможного выкидыша, наблюдается примерно в 30% всех беременностей.

Приблизительно в половине случаев беременность, сопровождавшаяся влагалищным кровотечением, прерывается, в оставшейся половине случаев сохраняется жизнеспособный плод, но остается повышенный риск развития осложнений беременности и неблагоприятного исхода, по сравнению с беременностями, протекающими без кровотечений. Появление кровотечения обычно расценивается только какстораживающее указание на вероятный неблагоприятный прогноз развития беременности, хотя беременность возможно уже прервалась несколькими неделями раньше. Затем возникают схваткообразные боли в нижней части живота и боль в пояснице, прогноз развития беременности становится определенно негативным. В конечной стадии плодное яйцо изгоняется из полости матки, что сопровождается схваткообразными болями и кровотечением, иногда очень значительными. В основном сильная боль и кровотечение связаны с выбросом продуктов оплодотворения, и часто самостоятельно проходят после того, как этот выброс прекращается

**Слайд 8.** Скажите что при обследовании брюшной полости особое внимание следует обратить на локализацию боли, болезненность при внезапном ослаблении давления (с-м Щеткина-Блюмберга), признаки вздутия живота, может указывать на разрыв маточной трубы при эктопической беременности и гемоперитонеум. Спонтанный аборт может вызвать боль, обычно в центральной части матки, но обычно не вызывает повышение чувствительности или латерализацию боли.

Для исключения другой (внематочной) причины кровотечения и для определения степени раскрытия шейки матки следует провести осмотр в зеркалах. Осмотр зеркалами также может подтвердить, что источник кровотечения в матке, а не на поверхности шейки матки.. Если продукты оплодотворения находятся в цервикальном канале, они могут быть выделены при помощи круглых щипцов.

Кроме того, для оценки размеров матки и исключения пальпируемой патологии в области придатков, следует провести бимануальное исследование.

**Слайд 9. Ведение самопроизвольного аборта.** Вероятность самопроизвольного прерывания беременности при наличии кровотечения составляет примерно в 50%, сопутствующие схваткообразные боли повышают вероятность выкидыша. Результаты ультрасонографического исследования могут изменить прогноз. Наличие определяемого сердцебиения - это хороший прогностический признак. При наличии определяемого сонографически сердцебиения плода у пациентки с кровотечением, вероятность выкидыша составляет от 2,1% (для женщин в возрасте до 35 лет) до 16,1% (для женщин старше 35 лет)<sup>19</sup>. Поэтому, женщин с кровотечением в первом триместре беременности, при определяемом сонографически сердцебиении плода, можно вести выжидательно, так как достаточно вероятен положительный прогноз развития данной беременности. Индивидуальный исход каждой беременности предсказать невозможно, поэтому надеющейся сохранить беременность пациентке следует оказать необходимую психологическую поддержку,

но в то же время мягко разъяснить, что действенных способов предотвратить выкидыш медицине пока неизвестно.

Большинство самопроизвольных абортов в первом триместре – это завершённые аборты, не требующие медицинского или хирургического вмешательства<sup>20,21</sup>. Объективный осмотр и обследование направлены на выявление пациенток с не завершившимся выкидышем, что резко повышает риск развития кровотечения и инфекции, и поэтому требует терапевтического или хирургического вмешательства. (Категория В). Показаниями для хирургического вмешательства являются обильное кровотечение или боли и длительно сохраняющаяся симптоматика.

Пациенткам, у которых определяется интактный гестационный мешок с или без эмбриона («сморщенное плодное яйцо», рассасывание эмбриона или гибель эмбриона) в течение соответствующего периода не изгоняющееся самопроизвольно из полости матки, необходимо назначить вакуум-кюретаж. Психологическое состояние пациентки - это самый важный определяющий фактор для выбора времени вмешательства. Многие женщины просто не в силах ожидать неделями изгнания погибшего плода. Следует также принять во внимание и чисто практические соображения: например пациентка может предпочесть дилатацию и кюретаж вместо того, чтобы подвергнуться риску неожиданного развития сильного кровотечения и схваток в непредсказуемом месте и времени. Если в полость матки проводилось инструментальное вмешательство, некоторые врачи считают необходимым назначить профилактически антибиотики.

Другой подход, который может стать более распространенным - это медикаментозное завершение выкидыша. Ряд клинических исследований доказал перспективность этого подхода, при котором мизопростол, являющийся сильнодействующим препаратом, повышающим тонус матки, назначается перорально или вагинально. (Смотрите алгоритм по медикаментозному аборту при неполном аборте).

**Перейдите на Слайд 10.** Дайте определение эктопической беременности, укажите частоту и осложнения.

**Слайд 11.** Перечислите факторы риска внематочной беременности.

**Покажите Слайд 12.** Дайте классификацию внематочной беременности.

**Перейдите на Слайд 13.** Спросите участников признаки и симптомы внематочной беременности.

**Покажите Слайды 14, 15, 16.** Скажите, что в постановке диагноза могут помочь лабораторные, УЗИ исследования. На УЗИ можно получить очень ценные диагностические данные. Трансвагинальное исследование гораздо более диагностически показательнее, чем трансабдоминальное. Другим диагностическим тестом, популярным в прежние времена и несколько утратившим свое значение сейчас, в связи с широкой доступностью УЗИ, является кульдоцентез. Лапароскопия обычно упоминается в качестве золотого стандарта диагностики.

**Слайд 17.** Касаясь тактики лечения напомним что в настоящее время есть следующие планы лечения эктопической беременности, включая выжидательный, медикаментозный, лапароскопический и открытый хирургический. Выжидательное или медикаментозное лечение предлагается гемодинамически стабильным женщинам, тщательно отобранным, согласно приведенным ниже критериям, и правильно информированным.

**Показывая Слайд 18** на современном этапе у правильно отобранного контингента пациенток достаточно успешно применяется медикаментозное лечение метотрексатом. В ходе ряда рандомизированных исследований была доказана безопасность и эффективность этой формы лечения; кроме того, такое лечение менее затратное и, в отношении сохранности детородной функции у перенесших внематочную беременность женщин, дает те же или даже лучшие отдаленные результаты, чем консервативное хирургическое лечение.



**Перейдите на Слайд 19.** Скажите что из множества вариантов лечения метотрексатом предлагается наиболее распространенный вариант. Несмотря на существование целого ряда вариантов лечения метотрексатом, в некоторых случаях не удается достичь адекватного эффекта и приходится перейти к хирургическому вмешательству, поэтому врачи, применяющие метотрексат, должны придерживаться определенной системы выбора терапевтического режима, контроля состояния пациентки и получения консультации хирурга, если это необходимо.

**Покажите Слайд 20.** Скажите что оперативное лечение в течение многих лет являлось основным методом лечения эктопической беременности, и в наши дни зачастую является единственно возможным выбором. Методы хирургического вмешательства можно подразделить на консервативные и экстирпации. Консервативное лечение означает сохранение маточной трубы. Под экстирпацией понимается удаление маточной трубы.

**Слайд 21.** Гестационная трофобластическая болезнь имеет следующие основные формы: полный пузырный занос, частичный пузырный занос, рецидивирующий занос и хориокарцинома – который может появиться вследствие предыдущих состояний, либо самостоятельно.

Данная патология включена в эту главу, поскольку пузырный занос (в редких случаях) может стать причиной кровотечения в первом триместре беременности. Этот диагноз обязательно должен учитываться в дифференциальной диагностике, пока не получены доказательства в пользу другой причины кровотечения.

**Покажите Слайд 22.** У пациенток с трофобластической болезнью наблюдаются следующие проявления (распространенность симптоматики варьирует):

- Кровотечение из половых путей в первом или начале второго триместра, истекающая кровь темного цвета, кровотечение может привести к развитию анемии. Во втором триместре вместе с кровью отходят отслаивающиеся пузырьки измененного хориона, по виду напоминающие виноград.
- Уровень ХГЧ выше ожидаемого в данном сроке беременности.
- Размеры матки превышают ожидаемые при данном гестационном сроке, или иногда меньше ожидаемого, сердцебиение плода не выслушивается.
- Неукротимая рвота, гипертензия, вызванная беременностью на раннем гестационном сроке, и (или) тиретоксикоз.
- Увеличение яичников, вызванное тека-лютеиновыми кистами, возникшими в результате гиперстимуляции яичников высоким уровнем ХГЧ.

**Слайд 23.** Для ранней постановки диагноза необходим высокий уровень настороженности врача. Золотым стандартом диагностики является УЗИ, в полости матки определяются множественные пузырные образования, плод отсутствует. Часто отмечается увеличение размеров и кистозные изменения в яичниках.

**Слайд 24.** Касаясь лечение скажите что основным лечением является тщательная эвакуация всего содержимого полости матки. Извлекать нужно путем отсоса, и нужно подготовиться к случаю кровотечения во время лечения. Периодически необходимы в/в вливания и профилактические введения окситоцина. Ткань нужно отправить на патологическое исследование для подтверждения диагноза. Также перед лечением нужно определить базовый уровень ХГЧ. После эвакуации полного пузырного заноса еженедельный мониторинг по крайней мере до трех последовательных показателей <5 мл ЕД/мл. Далее всем пациенткам мониторинг ХГЧ должен проводиться течение 6 месяцев - 1 года на фоне контрацепции. Предотвращение беременности обязательно для мониторинга развития повторных случаев, и должно проводиться путем определения уровня ХГЧ. (Категория С). Если уровень ХГЧ не изменяется или повышается, следует предположить рецидив, и, при подтверждении диагноза, ей должна быть назначена химиотерапия. В связи со сравнительной редкостью заболевания и множеством возможных осложнений, рекомендуется консультация специалиста. Тека-лютеиновые кисты яичников не требуют специального лечения, после эвакуации из полости матки тканей пузырного заноса кисты подвергаются рассасыванию.

### **Рецидив трофобластической болезни**

Примерно у 20 % женщин с полным пузырным заносом развивается рецидив заболевания, проявляющийся прорастанием в миометрий или активным метастатическим процессом.

### **Частичный занос**

При частичном заносе перерождению подвергаются не все ворсины хориона, а диагноз частичного заноса ставится при наличии пузырных изменений плаценты в присутствии плода. Генетическое обследование обычно обнаруживает триплоидию (69 ХХУ). Частичный занос реже встречается чем полный занос, риск рецидива при этой форме заболевания ниже.

### **Прогноз для последующих беременностей**

Частота повторных случаев заболевания составляет 1-2%; большинство пациенток, перенесших трофобластическую болезнь, сохраняют способность беременеть и вынашивать нормальную беременность.

Химиотерапевтические агенты, применяемые для лечения рецидивов, не оказывают влияния на последующие беременности.

**Перейдите на Слайд 25.** Скажите что эвакуация всего содержимого полости матки осуществляется инструментально и существуют определенные показания и противопоказания.

**Покажите Слайд 26.** Скажите есть определенные состояния когда не требуется инструментальное опорожнение матки.

**Слайд 27.** Показывает начальные процедуры инструментального опорожнения матки. Напомните что отработка навыка РВА будет после демонстрации.

**Слайд 28.** Парацервикальный блок осуществляется введением 10 см<sup>3</sup> лидокаина через спинальную иглу 20 размера. Общая дозировка делится на четыре инъекции и вводится в точки по окружности в область соединения шейки матки и влагалища на 3.00, 5.00, 7.00 и 9.00 часов, или на 2 инъекции и вводится на 4.00 и 8.00 часов. Образуются поверхностные пузыри; до начала инъекции следует слегка аспирировать содержимое в шприц, чтобы убедиться, что игла не вошла в просвет сосуда.

**Слайд 29.** Далее остальные шаги процедуры инструментального опорожнения матки. Также напомните что, каждой Rh-отрицательной женщине с вагинальным кровотечением любой природы в первом триместре следует назначить 50 мг Rh-иммуноглобулина (мини-доза).

**Покажите Слайд 30.** Скажите существует очень простой тест для определения тканей хориона в аспирате из полости матки. В пробирку с 10 мл физ. раствора добавить сгустки крови или ткани изаспирата, чтобы определить есть ли на самом деле ткань хориона. Ткани необходимо посылать на исследование только в том случае, если диагноз под вопросом, или же при подозрении пузырного заноса.

**Слайд 31.** Скажите что как и при любой хирургической процедуре, при проведении сакционного кюретажа могут возникнуть осложнения. Профилактика осложнений основывается на осторожном проведении процедуры, своевременном консультировании с более опытными специалистами, и высоком уровне настороженности врача на раннее распознавание возможных осложнений.

**Слайд 32.** Подведите заключение презентации.

**Спросите есть ли** есть ли у них вопросы/комментарии относительно пройденного материала. Ответьте на вопросы участников.

**АКТИВНОСТЬ 2 Демонстрация (10 мин).** Демонстрация тренерами вакуум-аспирации по учебному руководству

**АКТИВНОСТЬ 3 Обсуждение в группе (15 мин).** Предложите клинические случаи и проведите обсуждение в группе

Прочитать и проанализировать данный случай индивидуально. Когда остальные участники вашей группы закончат его чтение, ответьте на вопросы по изучению случая. Другие группы в классе работают над тем же или подобным разбором случая. Когда все группы закончат, обсудите случаи и ответы, предоставленные каждой группой.

Работа с участниками по отработке навыков по вакуум-аспирации по контрольному списку. Разделите на группы по 5 участников, в каждой группе должен быть тренер-модератор. Пусть каждый участник выполнит все шаги по учебному руководству под контролем другого участника. Тренер-модератор при необходимости может еще раз продемонстрировать навыки.

**АКТИВНОСТЬ 4 – Заключение**

## **РАЗБОР И КЛЮЧЕВЫЕ ОТВЕТЫ НА КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ: КРОВОТЕЧЕНИЕ В РАННИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ**

### **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2.1: РАЗБОР И КЛЮЧЕВЫЕ ОТВЕТЫ**

Г-же А. 28 лет. Она была на 12 неделе беременности, когда обратилась в медицинский центр с жалобой на легкое вагинальное кровотечение. Данная беременность является первой беременностью г-жи А. Это запланированная беременность и до сих пор она чувствовала себя хорошо.

#### **ОЦЕНКА (История болезни, физический осмотр, процедуры скрининга/лабораторные анализы)**

1. Что вы включите в первоначальную оценку г-жи А. и почему?

- Уважительно и любезно приветствовать г-жу А.
- Ей нужно сообщить, что вы намереваетесь сделать и внимательно ее выслушать. Кроме того, на ее вопросы нужно отвечать в спокойной и подбадривающей манере.
- Необходимо произвести быструю оценку, чтобы проверить следующие признаки и определить находится ли она в состоянии шока и нуждается ли в экстренной терапии/реанимации: быстрый, слабый пульс; систолическое артериальное давление менее 90 мм.рт; бледность; потливость или озноб, влажная кожа; частое дыхание и повышенная температура.

2. Какие особые аспекты физического осмотра г-жи А. помогут вам в постановке диагноза или выявлении ее проблем/нужд и почему?

- Необходимо произвести осмотр области живота, чтобы проверить болезненность и определить размер, консистенцию и состояние матки. Необходимо произвести осмотр органов малого таза, чтобы определить болезненность шейки матки и определить: закрыта ли она, наличие каких-либо тканей в шейке матки и объем кровотечения.

3. Какие причины кровотечения вы должны исключить?

- Аборт (угрожающий, начавшийся, полный, неполный)
- Внематочную беременность
- Пузырный занос и неразвивающуюся беременность

#### **ДИАГНОЗ (выявление проблем/потребностей)**

Вы закончили оценку г-жи А. и среди основных полученных сведений имеются следующие:

- Температура г-жи А. 36,8° С, частота ее пульса 82 ударов/мин, а ее артериальное давление 110/70 мм.рт
- Ее кожа не бледная и не влажная.
- У нее легкая боль/схватки внизу живота и легкое вагинальное кровотечение.
- Размер ее матки соразмерен сроку беременности, матка и шейка матки безболезненны при движении и шейка закрыта.

4. На основе этой информации, каков диагноз г-жи А. и почему?

- Симптомы и признаки у г-жи А (легкое кровотечение, закрытая шейка матки, матка, соответствующая срокам беременности) соответствуют угрожающему аборту.

#### **ЛЕЧЕНИЕ (планирование и вмешательство)**

5. На основании вашего диагноза каков ваш план лечения г-жи А. и почему?

- На данный момент медицинское лечение не требуется.
- Необходимо рекомендовать г-же А. избегать энергичной деятельности и сексуальных отношений.
- Ей нужно предоставить эмоциональную поддержку и подбадривание. Необходимо предоставить рекомендации по отдыху, питанию и признакам опасности при беременности, особо отмечая вагинальное кровотечение.

- Если кровотечение прекратилось, необходимо проводить г-жу А. в дородовую клинику.
- Если кровотечение продолжается, необходимо рекомендовать ей вернуться для дальнейшей оценки.

## ОЦЕНКА

Г-жа А. возвращается в медицинский центр через 3 дня.

Она говорит, что прошлой ночью кровотечение стало более интенсивным и что с тех пор у нее схватки и боли внизу живота.

Остатки плодного яйца не выделялись, но матка соответствует сроку беременности и теперь шейка матки раскрыта. Симптомов или признаков шока у нее нет.

Г-жа А. крайне расстроена вероятностью выкидыша.

6. На основе этой информации, каков диагноз г-жи А. и почему?
  - Неполный самопроизвольный аборт
7. На основе этих сведений, каким будет ваш дальнейший план лечения г-жи А. и почему?
  - Поскольку срок ее беременности меньше 16 недель, необходимо предпринять меры по опорожнению матки, используя мануальный вакуум аспиратор.
  - Если немедленное опорожнение матки не представляется возможным, нужно ввести 10 ЕД окситоцина в/м или в/в или 400 мг мизопростола орально, повторить 1 раз через 4 часа
  - Затем, как можно скорее, нужно принять меры по опорожнению матки.
  - Предоставить эмоциональную поддержку и подбадривание г-же А., объяснить ей, чего ожидать, внимательно ее выслушать и отвечать на ее страхи или беспокойства, которые возможно у нее возникнут.
  - После процедуры опорожнения полости матки г-жу А. необходимо заверить о возможности последующих успешных беременностей и рекомендовать отложить следующую беременность до ее полного выздоровления.
  - Необходимо предоставить рекомендации по подходящим способам планирования семьи.
  - Необходимо рекомендовать г-же А. вернуться за безотлагательной помощью, в случае, если у нее будут:
    - Продолжительные схватки (более, чем несколько дней)
    - Продолжительное кровотечение (более, чем 2 недели)
    - Сильная или увеличивающаяся боль
    - Температура, озноб или недомогание
    - Обморок
  - Выявить, нуждается ли г-жа А. в других услугах по репродуктивному здоровью (например, в профилактике столбняка или противостолбнячном анатоксине, лечении от ЗППП, скрининге рака шейки матки).

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2.2: РАЗБОР И КЛЮЧЕВЫЕ ОТВЕТЫ

Г-же Б. 20 лет. Она пришла в медицинский центр 2 дня назад с нерегулярным вагинальным кровотечением, болями внизу живота. Была установлена беременность раннего срока, которая была подтверждена тестами на беременность. Г-же Б. рекомендовали избегать энергичной деятельности, половых сношений и вернуться немедленно, если симптомы будут продолжаться. Г-жа Б. сегодня вернулась в медицинский центр и сказала, что нерегулярное вагинальное кровотечение продолжается и теперь у нее острая боль в животе, начавшаяся 2 часа назад.

### ОЦЕНКА (История болезни, физический осмотр, процедуры скрининга/лабораторные анализы)

1. Что вы включите в первоначальную оценку г-жи Б. и почему?

- Уважительно и любезно приветствовать г-жу Б.
- Ей нужно сообщить, что вы намереваетесь сделать и внимательно ее выслушать. Кроме того, на ее вопросы нужно отвечать в спокойной и подбадривающей манере.
- Необходимо произвести быструю оценку, чтобы проверить следующие признаки и определить находится ли она в состоянии шока и нуждается ли в безотлагательной терапии/реанимации: быстрый, слабый пульс; систолическое артериальное давление менее 90 мм.рт; бледность; потливость или озноб, влажная кожа; частое дыхание и повышенная температура; смятение. Необходимо также определить увеличилось ли вагинальное кровотечение или было ли выделение остатков плодного яйца.

2. Какие особые аспекты физического осмотра г-жи Б. помогут вам в постановке диагноза или выявлении ее проблем/нужд и почему?

- Необходимо произвести осмотр области живота, чтобы проверить напряжение и болезненность передней брюшной стенки, которые могут указывать на внематочную беременность; и определить состояние матки: мягче или больше, чем положено на данном сроке беременности, что может указывать на пузырный занос или неразвивающуюся беременность.
- Необходимо произвести легкий бимануальный осмотр, чтобы проверить чувствительность шейки матки при движении чувствительность области придатков, а так же наличие неясных контуров образований, которые могут указывать на внематочную беременность, проверить наличие остатка плодного яйца в наружном зеве шейки матки, что может указывать на неполный аборт.

3. Какие скрининговые процедуры вы включите (если таковые имеются в наличии) в оценку состояния г-жи и почему?

- Ультразвуковое обследование может помочь определить угрожающий аборт или изменения в области придатков матки вследствие внематочной беременности.

### ДИАГНОЗ (выявление проблем/потребностей)

Вы закончили оценку г-жи Б. и среди основных полученных сведений имеются следующие:

- Частота ее пульса г-жи Б. 130 ударов/мин, пульс слабый; ее артериальное давление 85/60 мм.рт., частота дыхания 20 вдохов/мин., а температура 36.8° С.
- Ее кожа бледная и влажная.
- У г-жи Б. сильная боль в животе; ее живот напряжен и у нее определяется дефанс мышц передней брюшной стенки.
- У нее легкое вагинальное кровотечение. Шейка матки закрыта.

4. На основе этой информации каков диагноз г-жи Б. и почему?

Симптомы и признаки г-жи Б. (например, признаки шока, острая боль в животе, дефанс мышц передней брюшной стенки, легкое вагинальное кровотечение, закрытая шейка матки) соответствуют нарушенной внематочной беременности.

## ЛЕЧЕНИЕ (планирование и вмешательство)

5. На основании вашего диагноза, каков ваш план лечения г-жи Б. и почему?

Г-же Б. необходимо немедленно начать терапию шока:

- Перевернуть ее на бок.
  - Проследить, чтобы ее дыхательные пути были свободны.
  - Дать ей кислород 6–8 л/мин через маску или трубку.
  - Держать ее в тепле.
  - Приподнять ей ноги.
  - Следить за ее пульсом, артериальным давлением, дыханием и температурой.
  - Начать внутривенное вливание, используя иглу с широким диаметром, для быстрого вливания жидкостей (1 л физраствора или раствор Рингера за 15-20 минут).
  - Следить за диурезом (необходимо ввести катетер, чтобы контролировать выделение мочи).
- Необходимо взять кровь на гемоглобин, группу и совместимость; необходимо провести переливание крови как можно скорее.
  - Необходимо предпринять меры по немедленному переводу в больницу для экстренной лапаротомии. Не следует откладывать операцию, ожидая кровь для переливания.
  - Предоставить эмоциональную поддержку и подбадривание г-же Б., разъяснить ей ситуацию и чего ожидать, отвечая на ее страхи или беспокойства.

## ОЦЕНКА

Г-жа Б. чувствует себя хорошо после операции.

Теперь она готова выписываться, ее гемоглобин 90 г/л.

Она выразила желание забеременеть еще раз, но не ранее, чем через год.

6. На основе этих сведений, каким будет ваш дальнейший план лечения г-жи Б. и почему?

- Анемия г-жи Б. должна лечиться препаратами железа орально плюс фолиевая кислота 400 мг орально один раз в день в течение 6 месяцев.
- Необходимо предоставить рекомендации по прогнозу родов и повышенному риску будущей внематочной беременности.
- Необходимо предоставить рекомендации по планированию семьи и выбору способа планирования семьи до выписки г-жи Б.
- Необходимо организовать контрольный визит г-жи Б. через 4 недели, а также рекомендовать ей вернуться в любое время, когда у нее возникнут вопросы или беспокойства.

<b>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2.3</b>	
<b>ИНФОРМАЦИЯ И ВОПРОСЫ, задаваемые преподавателем</b>	<b>КЛЮЧЕВЫЕ РЕАКЦИИ И ДЕЙСТВИЯ, ожидаемые от ученика</b>
<p>1. Г-же А, 20 лет. Это ее первая беременность. Семья привела ее в медицинский центр. Г-жа А. может ходить с помощью сестры и мужа. Она говорит, что находится на 14-15 неделе беременности, и что в течение нескольких дней у нее были схватки и мажущие кровянистые выделения. Впрочем, в течение последних 6 часов у нее наблюдается сильное кровотечение и схватки. Она не посещала дородовую клинику и не принимает лечение от какой-либо болезни.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>О чем вы побеспокоитесь в первую очередь?</i></li> <li>• <i>Что вы сделаете в первую очередь?</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В первую очередь необходимо установить, находится ли г-жа А. в состоянии шока</li> <li>• Произвести быструю оценку ее общего состояния, включая жизненные показатели организма (температуру, пульс, артериальное давление, частоту дыхания), уровень сознания, цвет и температуру кожи</li> <li>• Разъяснить г-же А. (и ее семье), что будет производиться, внимательно слушать и отвечать на их вопросы и беспокойства.</li> </ul>
<p>2. При осмотре вы обнаруживаете, что артериальное давление г-жи А. 100/60 мм.рт.ст., пульс 100 ударов/мин, частота дыхания 24 вдоха/мин и температура. Она находится в сознании. Кожа ее не холодная и невлажная. Вы замечаете, что ярко-красная кровь пропитала ее платье.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Находится ли г-жа А. в состоянии шока?</i></li> <li>• <i>Что вы предпримете в следующую очередь?</i></li> <li>• <i>Какие вопросы вы зададите?</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Констатировать, что г-жа А. не находится в состоянии шока.</li> <li>• Начать внутривенную инфузию физраствора или раствора Рингера</li> <li>• Спросить г-жу А., что с ней случилось или проводилось ли какое-либо вмешательство, что могло вызвать кровотечение</li> <li>• Спросить, за какое время пропитывается прокладка</li> <li>• Спросить г-жу А., отходили ли у нее какие-либо кусочки ткани</li> <li>• Спросить, находилась ли она в обмороке</li> </ul>
<p>3. Г-жа А. чувствовала себя хорошо до кровотечения. Из ее ответов можно сказать, что это желанная беременность. Признаки физического насилия отсутствуют. Прокладка пропитывается кровью каждые 4-5 минут. У неё не было обморока, но у нее «кружится голова». У нее выходили какие-то сгустки, и она думает, что, возможно, отходили какие-либо ткани.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Что Вы предпримете сейчас и почему?</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пальпировать живот г-жи А. на определение размера, болезненности и консистенции матки; проверить наличие образования в области придатков матки для исключения внематочной беременности, определить размер и консистенцию матки, чтобы исключить пузырный занос. Произвести бимануальный осмотр, чтобы исключить начавшийся или неполный аборт</li> <li>• Измерить температуру г-жи А., чтобы исключить сепсис</li> </ul>
<p>4. При осмотре вы обнаруживаете, что матка плотная, слегка чувствительная и прощупывается на уровне симфиза; придатки не пальпируются. При бимануальном осмотре выявлено, что шейка матки раскрыта приблизительно на 1-2 см, размер матки менее 12 недель, в цервикальном канале не определяется никаких тканей. Шейка матки безболезненна при движении.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Что будет вашим рабочим диагнозом?</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• У г-жи А. неполный аборт</li> </ul>



<p><b>Вопрос обсуждения 1:</b> Почему вы исключили внематочную беременность ?</p>	<p><b>Ожидаемые ответы:</b> Кровотечение сильнее, чем при внематочной беременности; при вагинально-брюшностеночном обследовании придатки не пальпируются; шейка матки безболезненна при движении; шейка матки раскрыта; отсутствуют обмороки</p>
<p>Что вы будете делать теперь?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сообщить о полученной информации г-же А. (и ее семье)</li> <li>• Подготовить г-жу А. для РВА</li> </ul>
<p>4. Манипуляционная комната в настоящее время занята, поскольку другому пациенту с неполным абортom делается РВА. Процедура будет освобождена через 20 минут</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Что теперь вы будете делать?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Объяснить ситуацию г-же А. (и ее семье) и подбодрить их</li> <li>• Продолжать делать внутривенное вливание</li> <li>• Ввести/Продолжать следить за потерей крови, пульсом и артериальным давлением</li> </ul>
<p>5. Прошло 15 минут после приема , а у г-жи А. до сих пор прокладка пропитывается кровью каждые 5 минут. Ее артериальное давление 98/60 мм рт.ст., а пульс 104 ударов/мин.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Что теперь вы будете делать?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ввести и продолжить инфузионную терапию</li> <li>• Продолжать следить за потерей крови, артериальным давлением и пульсом</li> <li>• Взять кровь для определения группы и совместимости, чтобы при необходимости произвести гемотрансфузию.</li> </ul>
<p>6. Кровотечение ослабло после премаамисо-простола. РВА произвели на 30 минут позже, и было произведено полное удаление остатков элементов плодного яйца.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Что теперь вы будете делать?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Следить за жизненными показателями организма г-жи А. и потерей крови</li> <li>• Проследить, чтобы г-же А. было тепло, удобно и чисто</li> <li>• Поощрять ее желание есть, что она захочет</li> </ul>
<p>7. Через 6 часов жизненные показатели организма г-жи А. стабилизировались, и почти отсутствует потеря крови. Она настаивает на возвращении домой.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Что вы сделаете до того, как она уйдет домой?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Поговорить с г-жой А. на тему, хочет ли она забеременеть и когда; дать ей рекомендации по планированию семьи, а при необходимости, и способ планирования семьи</li> <li>• Заверить в возможности последующих успешных беременностей</li> <li>• Рекомендовать г-же А. немедленно обращаться за медицинской помощью в случае продолжительных схваток, продолжительного кровотечения, кровотечения более обильного, чем менструальное, сильной или усиливающейся боли, повышения температуры, озноба или недомогания, дурно пахнущих выделений, обморока</li> <li>• Рассказать ей и ее мужу о безопасном сексе</li> <li>• Спросить, когда ей проводилась иммунизация против столбняка, и при необходимости произвести иммунизацию</li> </ul>

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2.4: РАЗБОР И КЛЮЧЕВЫЕ ОТВЕТЫ

Г-же Ф. 28 лет. Она была на 10 неделе беременности, когда обратилась в медицинский центр с жалобой на легкое вагинальное кровотечение. Данная беременность является первой беременностью г-жи Ф. Это запланированная беременность, она чувствовала себя не очень хорошо, беспокоила постоянная тошнота и рвота до 7-8 раз в сутки. К врачу не обращалась, т.к. члены семьи убедили, что это нормальное явление в начале беременности. Но за последние дни отмечает резкое увеличение живота, не соответствующее предполагаемому сроку беременности и легкое вагинальное кровотечение.

### ОЦЕНКА (История болезни, физический осмотр, процедуры скрининга/лабораторные анализы)

1. Что вы включите в первоначальную оценку г-жи Ф. и почему?

- Уважительно и любезно приветствовать г-жу А.
- Ей нужно сообщить, что вы намереваетесь сделать и внимательно ее выслушать. Кроме того, на ее вопросы нужно отвечать в спокойной и подбадривающей манере.
- Необходимо произвести быструю оценку, чтобы проверить следующие признаки и определить, находится ли она в состоянии шока и нуждается ли в экстренной терапии/реанимации: быстрый, слабый пульс; систолическое артериальное давление менее 90 мм.рт; бледность; потливость или озноб, влажная кожа; частое дыхание; температура.

2. Какие особые аспекты физического осмотра г-жи Ф. помогут вам в постановке диагноза или выявлении ее проблем/нужд и почему?

- Необходимо произвести осмотр области живота, чтобы проверить чувствительность и определить размер, консистенцию и состояние матки. Необходимо произвести вагинальный осмотр, чтобы проверить чувствительность шейки матки и определить, закрыта ли она, наличие каких-либо тканей в шейке матки и объем кровотечения.
- По возможности необходимо произвести ультразвуковое исследование

3. Какие причины кровотечения вы должны исключить?

- Аборт (угрожающий, начавшийся, полный, неполный)
- Внематочную беременность
- Пузырный занос
- Неразвивающуюся беременность

### ДИАГНОЗ (выявление проблем/потребностей)

Вы закончили оценку г-жи Ф. и среди основных полученных сведений имеются следующие:

- Температура г-жи Ф. 36,8° С, частота ее пульса 82 ударов/мин, а ее артериальное давление 110/70 мм.рт.
- Ее кожа не бледная и не влажная.
- У нее нет боли/схваток внизу живота, но имеется легкое вагинальное кровотечение.
- Размер ее матки значительно превышает срок беременности, шейка матки безболезненна при движении и закрыта.

4. На основе этой информации, каков диагноз г-жи Ф. и почему?

Симптомы и признаки у г-жи Ф. (легкое кровотечение, закрытая шейка матки, матка, не соответствующая срокам беременности, резко выраженный токсикоз первой половины беременности) соответствуют пузырному заносу.

### ЛЕЧЕНИЕ (планирование и вмешательство)

5. На основании вашего диагноза, каков ваш план лечения г-жи Ф. и почему?

- На данный момент необходимо подготовить пациентку к операции МВА или кюретажа (при отсутствии РВА) полости матки, т.е. необходимо эвакуировать содержимое полости матки как можно быстрее

- Необходимо определить группу крови, резус-принадлежность, гемоглобин
- Ей нужно предоставить эмоциональную поддержку и подбадривание.
- Подготовьте необходимое количество жидкости для инфузии, утеротонические препараты (во время манипуляции перелить 20 ЕД окситоцина в 1 л физ. раствора со скоростью 60 капель в мин.) и средства для обезболивания.

## ОЦЕНКА

Г-же Ф. Произведена РВА, она чувствует себя хорошо, кровотечение из половых органов не наблюдается, ее жизненно важные функции в норме.

6. На основе этих сведений, каким будет ваш дальнейший план ведения г-жи Ф. и почему?
- Предоставить эмоциональную поддержку и подбадривание г-же Ф., объяснить ей, чего ожидать, внимательно ее выслушать и отвечать на ее страхи или беспокойства, которые возможно у нее возникнут.
  - После процедуры опорожнения г-жу Ф., необходимо заверить о возможностях успешных последующих беременностей и рекомендовать отложить следующую беременность до ее полного выздоровления.
  - Необходимо предоставить рекомендации по подходящим способам планирования семьи минимум в течение 1 года (желательно гормональный метод)
  - Рекомендовать тест мочи на присутствие ХГЧ каждые недели по крайней мере до трех последовательных показателей <5 мЕД/мл для исключения хорионкарциномы
  - Необходимо рекомендовать г-же Ф. вернуться за безотлагательной помощью, в случае, если у нее будут:
    - Продолжительные схватки (более, чем несколько дней)
    - Продолжительное кровотечение (более, чем 2 недели)
    - Сильная или увеличивающаяся боль
    - Температура, озноб или недомогание
    - Обморок
  - Выявить нуждается ли г-жа Ф. в других услугах по репродуктивному здоровью (например, в профилактике столбняка или противостолбнячном анатоксине, лечении от ЗППП, скрининге рака шейки матки).

## КОНТРОЛЬНЫЙ СПИСОК: ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ САМОПРОИЗВОЛЬНОГО ВЫКИДЫША/ АБОРТА (РУЧНАЯ ВАКУУМ АСПИРАЦИЯ (РВА))

(заполняется преподавателем)

Оцените выполнение каждого этапа или наблюдаемого задания, используя следующую оценочную шкалу:

1. **Наблюдение отсутствует:** Этап или действие не выполнялись участником во время оценки.
2. **Необходимо улучшить:** Этап/действие не были выполнены в соответствии со стандартной процедурой или руководствами.
3. **Удовлетворительное выполнение:** Этап/действие выполнено в соответствии со стандартной процедурой или руководствами.

Участник \_\_\_\_\_

Дата наблюдения \_\_\_\_\_

<b>ЛЕЧЕНИЕ САМОПРОИЗВОЛЬНОГО ВЫКИДЫША/АБОРТА (РВА)</b> (Многие из следующих этапов и заданий должны выполняться одновременно)				
ЭТАП/ЗАДАНИЕ	СЛУЧАИ			
1. Рассказать женщине, что вы намереваетесь сделать, выслушать и ответить на ее вопросы				
2. Предоставить продолжительную эмоциональную поддержку и подбадривание по возможности.				
3. Сообщить ей, что она может почувствовать себя дискомфортно во время определенных этапов процедуры, о которых вы предупредите ее заранее.				
4. Установить наличие необходимых стерильных инструментов.				
5. Убедиться в наличии трубок и зажимов соответствующего размера				
6. Проверить и зарядить аспиратор РВА (создать вакуум)				
7. Проследить, чтобы пациентка уже опорожнила мочевой пузырь				
8. Вымыть руки, надеть стерильные перчатки				
9. Ввести окситоцин 10 единиц в/м.				
10. Произвести бимануальный осмотр органов малого таза, определяя размер, состояние матки и степень раскрытия шейки матки				
11. Ввести зеркало и удалить кровь или ткани из влагалища, используя зубчатые щипцы и марлю.				
12. Нанести антисептический раствор на шейку матки и влагалище				
13. Удалить остатки плодного яйца из наружного зева шейки матки и осмотреть шейку матки на наличие разрывов.				
<b>Проведение парацервикальной блокады (при необходимости)</b>				
1. Подготовить анестетик: 20 мл 1 % раствора лидокаина или 0,5 % раствор новокаина				

<b>ЛЕЧЕНИЕ САМОПРОИЗВОЛЬНОГО ВЫКИДЫША/АБОРТА (РВА)</b> (Многие из следующих этапов и заданий должны выполняться одновременно)				
<b>ЭТАП/ЗАДАНИЕ</b>	<b>СЛУЧАИ</b>			
2. При использовании однозубчатого зажима, ввести анестетик в переднюю губу шейки матки (обычно используется позиция 10 и 12 часов).				
3. Аккуратно наложить однозубчатый зажим на переднюю губу шейки матки				
4. Слегка потянуть и подвигать зажим, чтобы найти место между эпителием шейки матки и влажной тканью				
5. Ввести иглу прямо под эпителий, отсасывать слегка оттягивая поршень, чтобы убедиться, что игла не проколола кровеносный сосуд.				
6. Ввести анестетик прямо под эпителий, не глубже, чем на 3 мм в позициях 3, 5, 7 и 9 часов.				
7. Подождать 2 минуты				
<b>ПРОЦЕДУРА РВА</b>				
1. Информировать женщину о каждом этапе процедуры до ее начала.				
2. Аккуратно произвести тракцию за шейку матки для фиксации цервикального канала и полости матки.				
3. При необходимости, расширить канал шейки матки, используя прогрессивно расширяющуюся канюлю.				
4. Держа неподвижно шейку матки, аккуратно и медленно ввести выбранную трубку в полость матки до тех пор, пока она не достигнет дна матки (не более 10 см). Затем слегка отодвинуть трубку от дна матки.				
5. Прикрепить подготовленный аспиратор к трубке, придерживая трубку одной рукой, а зубчатый зажим и аспиратор – другой. Убедиться, что трубка не продвигается вперед по мере закрепления аспиратора				
6. Открыть клапан аспиратора для подачи вакуума через трубку в полость матки				
7. Удалить все остаточные ткани в полости матки, поворачивая трубку и аспиратор в позиции 10 до 2 часов, аккуратно и медленно двигая трубку назад и вперед внутри матки				
8. Если аспиратор наполнится наполовину до завершения процедуры, отсоединить трубку от аспиратора. Удалить <b>только</b> аспиратор, оставляя трубку на месте				
9. Надавить на поршень, чтобы высвободить остатки плодного яйца (ОПЯ) в емкость для сбора аспирата.				
10. Заново подготовить аспиратор (создать вакуум), прикрепить к трубке и освободить клапан(ы).				

<b>ЛЕЧЕНИЕ САМОПРОИЗВОЛЬНОГО ВЫКИДЫША/АБОРТА (РВА)</b> (Многие из следующих этапов и заданий должны выполняться одновременно)				
<b>ЭТАП/ЗАДАНИЕ</b>	<b>СЛУЧАИ</b>			
11. Проверить признаки завершения (красная или розовая пена, отсутствие тканей в трубке, «песочное» чувство, матка сокращается вокруг трубки). Аккуратно вывести трубку и РВА.				
12. Отсоединить трубку от РВА шприца и нажать на поршень, чтобы высвободить ОПЯ в емкость для сбора аспирата.				
13. Снять зажимы или щипцы с шейки матки и проверить наличие кровотечения до удаления зеркала.				
14. Произвести бимануальный осмотр для определения размера и плотности матки.				
15. Ополоснуть ткани водой или физраствором при необходимости.				
16. Быстро исследовать ткани, удаленные из матки, чтобы удостовериться, что матка полностью очищена.				
17. Если ОПЯ не видно, произвести переоценку ситуации, чтобы убедиться в отсутствии внематочной беременности				
18. Если есть сомнения, что матка не полностью опорожнена, повторить процедуру РВА				

**Литература:**

1. Filly RA. "Ultrasound evaluation during the first trimester" In: Callen PW (editor) *Ultrasonography in Obstetrics and Gynecology*. W.B.Saunders 3rd ed. 1994 pages 63-83. (Category III)
2. Lichtenberg ES. The behavior of Beta-hCG levels before, during, and after early induced abortion. 21st Annual NAF Post-Graduate Seminar May 4, 1997. (Level III)
3. Kadar N, Bohrer M, Kemmann E, Sheldon R. The discriminatory human chorionic gonadotropin zone for endovaginalsonography: A prospective, randomized study. *FertilSteril* 1994;61:1016-20. (Level I)
4. Tulcnnsky D, Hobel, CJ. Plasma human chorionic gonadotropin, estrone, estradiol, estriol, progesterone and 17 $\alpha$ -hydroxy-progesterone in human pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1973;1;17:884. (Level III)
5. Corker CS, Michie E, Hobson B, Parboosingh HJ. Hormonal patterns in conceptual cycles and early pregnancy. *Br J ObstetGynaecol* 1976;83:489. (Level of III)
6. Daily CA, Laurent SL, Nuniey WC. The prognostic value of serum progesterone and quantitative b-human chorionic gonadotropin in early human pregnancy. *Am J ObstetGynecol* 1994 171;2:38-384. (Level II-2)
7. Cowan BD, Mandermolen DT, Long CA Whitworth NS. Receiver-operator characteristic, efficiency analysis, and predictive value of serum progesterone concentration as a test for abnormal gestations. *Am J ObstetGynecol* 1992.166;6 part 1:1729-37. (Level II-2)
8. US Department of Health and Human Services. *Diagnostic Ultrasound Imaging in Pregnancy*. Report of a Consensus Development Conference 1984 NIH publication No.84-667. (Level III)
9. Neilson JP. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software. (Level I)
10. American Institute of Ultrasound in Medicine. *Guidelines for Performance of the Antepartum Obstetrical Ultrasound Examination*. 1996, revised 2000. American Institute of Ultrasound in Medicine. Laurel MD. (Level III)
11. Fossum GT, Davajan V, Kletzky OA. Early detection of pregnancy with transvaginalultrasound. *FertilSteril* 1988;49:788-791.(Level III)
12. Pennell RG, Needleman L, Pajak T, Baltarowich O, Vilaro M, Goldberg BB, Kurtz AB. Prospective comparison of vaginal and abdominal sonography in normal early pregnancy. *J Ultrasound Med* 1991;10:63-67. (Level II-2)
13. Nyberg DA, Filly RA, Duarte Filho DL, et al: Abnormal pregnancy: Early diagnosis by US and serum chorionic gonadotropin levels. *Radiology* 1986;158:393.(Level III)
14. Brown DL, Emerson DS, Felker RE, Carrier MA, Chapman Smith W. Diagnosis of Early Embryonic Demise byEndovaginalSonography. *J Ultrasound Med.* 1990;9:631-6. (Level III)
15. Ness RB, Grisso JA, Hirshinger N, et al. Cocaine and Tobacco Use and the Risk of Spontaneous Abortion. *N Engl J Med* 1999;340:333-9. (Level III)
16. Timor-Trisch IE, Roffem S. Pathology of the early intrauterine pregnancy. In: Timor Trisch IE, Rottem S. *TransvaginalSonography* 2nd ed. pp 299-326 Elsevier Science Publishing Co Inc. New York 1991. (Level III)
17. Rulin MC, Bornstein SG, Campbell JD. The reliability of ultrasonography in the management of spontaneous abortion, clinically thought to be complete: A prospective study. *Am J ObstetGynecol* 1993; 168:12-5. (Level III)
18. Goldstein SR, Embryonic Death in Early Pregnancy: A New Look at the First Trimester. *ObstetGynecol* 1994;84:294-7. (Level III)
19. Smith KE, Buyalos RP. The profound impact of patient age on pregnancy outcome after early detection of fetal cardiac activity. *FertilSteril* 1996;65:35-40. (Level III)
20. Geyman JP, Oliver LM, Sullivan SD. Expectant, medical or surgical treatment of spontaneous abortion in first trimester of pregnancy? A pooled quantitative literature evaluation. *J Am Board Fam-Pract* 1999;12:55-64. (Level 11-2)
21. Nielson S, Hablin M. Expectant management of first-trimester spontaneous abortion. *The Lancet*, 14 January, 1995, Volume 345(8942) pp 84-86. (Level I)
22. Harlap S, Shiono PH, Ramcharam S: A life table of spontaneous abortions and the effects of age, parity, and other variables. In Porter IH, Hook EB (eds): *Human Embryonic and Fetal Death*. New York, Academic Press, 1980, p 145. (Level III)

23. Grimes D, Schulz K, Stanwood N. Immediate post-abort insertion of intrauterine devices (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software. (Level I)
24. Hemmiki E. Treatment of Miscarriage: Current Practice and Rationale. *ObstetGynecol* 1998;91:247-53. (Level III)
25. Henshaw RC, Cooper K, El-Rafaey H, Smith NC and Templeton AA. Medical management of miscarriage: Non-surgical uterine evacuation of incomplete and inevitable spontaneous abortion. *British Medical Journal*. 1993;306:894-895. (Level III)
26. Williams Obstetrics 20th edition, Cunningham, MacDonald, Gant, Leveno, Gilstrap, Hankins, Clark. Appleton & Lange. Stamford, Connecticut. 1997. Chapter 27, Ectopic Pregnancy, pp 607-8. (Level III)
27. Mahony BS, Filly RA, Nyberg DA, Callen PW. Sonographic evaluation of ectopic pregnancy. *J Ultrasound Med* 1985;4:221-228. (Level III)
28. Romero R, Copel JA, Kadar N, Jeanty P, De-Cherney A, Hobbins JC. Value of culdocentesis in the diagnosis of ectopic pregnancy. *ObstetGynecol* 1985;65:519-522. (Level III)
29. Hajenius PJ, Mol BWJ, Bossuyt PMM, Ankum WM, Van der Veen F. Interventions for tubal ectopic pregnancy (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software. (Level I)
30. Lund J: Early ectopic pregnancy: Comments on conservative treatment. *J ObstetGynaecol Br Emp* 62:70, 1955. (Level III)
31. Mashiach S, Carp JH, Serr DM: Nonoperative management of ectopic pregnancy. *J Reprod Med* 27:127, 1982. (Level III)
32. Adoni A, Milwidsky A, Hurwitz A, Palti Z: Declining b-hCG levels: An indicator for expectant approach in ectopic pregnancy. *Int J Fertil* 1986;31:40. (Level III)
33. Garcia AI, Aubert JM, Sarna J, Josimovich JB: Expectant management of presumed ectopic pregnancies. *FertilSteril* 1987;48:395-400. (Level III)
34. Cohen MA, Sauer MV. Expectant management of ectopic pregnancy. *Clinical obstetrics and gynecology* 1999;42(1):48-54. (Level III)
35. American College of Obstetricians and Gynecologists. Medical Management of tubal pregnancy. ACOG Practice Bulletin Number 3, December, 1998. American College of Obstetricians and Gynecologists. Washington, DC. (Level III)
36. Stovall TG, Ling FW. Single-dose methotrexate: An expanded clinical trial. *Am J ObstetGynecol* 1993;168:1759-65. (Level III)
37. Lipscomb, GH, McCord ML, Stovall TG et.al. Predictors of success of methotrexate treatment in women with tubal ectopic pregnancies. *N Engl J Med* 1999;341:1974-8. (Level III)
38. Wolf NG, Lage JM: Genetic analysis of gestational trophoblastic disease: A review. *SeminOncol* 1995;22:113. (Level III)
39. Williams Obstetrics 20th edition, Cunningham, MacDonald, Gant, Leveno, Gilstrap, Hankins, Clark. Appleton & Lange. Stamford, Connecticut. 1997. Chapter 30, Diseases and Abnormalities of the Placenta, p 679. (Level III)
40. Goldstein DP, Berkowitz RS. Current management of complete and partial molar pregnancy. *J Reprod Med*. 1994;39(3):139-146. (Level III)
41. Ayhan A, Ergeneli MH, Yuce K, et al. Pregnancy After Chemotherapy for Gestational Trophoblastic Disease. *J Reprod Med Vol* 35, Number 5 May 1990. (Level III)
42. Berkowitz RS, Bernstein MR, Laborde O, Goldstein DP. Subsequent Pregnancy Experience in Patients with Gestational Trophoblastic Disease. *J Reprod Med Vol* 39, Number 3 March 1994. (Level III)
43. Woolas RP, Bower M, Newlands ES, et al. Influence of Chemotherapy for Gestational Trophoblastic Disease on Subsequent Pregnancy Outcome. *Br J ObstetGynaecol* 1998;105:1032-1035. (Level III)
44. ASPN report: Spontaneous abortion in primary Care. *Am Board FamPract* 1988;1:15-23. (Level III)
45. Ben-Baruch G, Schiffe, Moran O, et.al. Curettage vs. non-surgical management in women with early spontaneous abortions. *J Reprod Med*. 1991;36(9):644-646. (Level II-2)
46. Hurd WW, Whitfield RR, Randolph JF et.al. Expectant management versus elective curettage for the treatment of spontaneous abortion. *FertilSteril* 1997;68:601-6. (Level III)
47. Singh K, Fong YF, Prasad RNV, Dong F. Randomized Trial to Determine Optimal Dose of Vaginal Miso-prostol for Preabortion Cervical Priming. *ObstetGyncol* 1998;92:795-8. (Level I)
48. National Abortion Federation Clinical Policy Guidelines 2000. National Abortion Federation, Washington, DC, p.29. (Level III)



49. Hall RCW, Beresford TP, Quinones JE. Grief following spontaneous abortion. *Psychiatric Clinics of North America* 1987 10:3:405-420. (Level III)
50. Stack JM. The psychodynamics of spontaneous abortion. *Am J Psychiatry* 1984;54:162-7. (Level III)
51. Stack JM. Spontaneous abortion and grieving. *Am Fam Physician* 1980;21(5):99-102. (Level III)
52. Peppers LG, Knapp RI. Maternal reactions to involuntary fetal/infant death. *Psychiatry* 1980;43:155-9. (Level III)
53. DeFrain J, Millspaugh E, Xiaolin X. The Psychosocial Effects of Miscarriage: Implications for Health Professionals. *FamSyst& Health*,14;1996:331-347. (Level III)
54. Leppert PC, Pallka BS. Grieving characteristics after spontaneous abortion: A management approach. *Obstet&Gynecol* 1984 64;1:119-22. (Level III)
55. Rosenfenfeld JA. Bereavement and grieving after spontaneous abortion *Am FamPhys* 1991;43;(5):1;679-84. (Level III)
56. Neugebauer R, Kline J, O'Connor P, et al. Depressive symptoms in women in the six months after miscarriage *Am J ObstetGynecol* 1992 166;1 part 1;104-109. (Level II-2)
57. Warburton D, Fraser FC. Spontaneous abortion risks in man: data from reproductive histories collected in a medical genetics unit. *Am J Human Genet* 1964;16;1. (Level III)
58. Hardin SB, Urbanus P. Reflections on a miscarriage. *Matern Child Nurs J* 1986;15:23-30. (Level III)
59. Bowles SV, James LC, Solursh, DS, et al. Acute and Post-traumatic stress disorder after spontaneous abortion. *Am FamPhys* 2000 61;(6):1689-96. (Level III)
60. Hott JR. The crisis of expectant fatherhood. *Am J Nurs* 1976;76:1436-40. (Level III)
61. Guide to Clinical Preventive Services. Report of the U.S. Preventive Services Task force, Second Edition. Williams and Wilkins, Baltimore, 1996. (Level III)



**КРОВОТЕЧЕНИЕ  
В ПОЗДНИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ**



## МОДУЛЬ 3: КРОВОТЕЧЕНИЕ В ПОЗДНИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ

### Задачи обучения

По окончании работы над модулем участники должны:

- Определить основные причины вагинального кровотечения во второй половине беременности;
- Описать системный подход к выявлению причин кровотечения;
- Дифференцировать пациенток с неотложным состоянием, вызванного кровотечением, от пациенток, состояние которых не требует срочного вмешательства;
- Определить лечебные мероприятия соответственно состоянию нестабильной пациентки с вагинальным кровотечением на позднем сроке беременности.
- Понять, что своевременное и адекватное восполнение объема циркулирующей крови является основой оказания помощи женщинам с кровотечением

### Подготовка к модулю

- Обзор современных публикаций и доказательных материалов, относящихся к терапии послеродового кровотечения
- Убедитесь, что все участники имеют Руководство для участника

#### Структура и продолжительность модуля:

**Общая продолжительность – 70 минут**

Активность 1 – Введение. Интерактивная презентация	<b>45 мин</b>
Активность 3 – Работа в малых группах	<b>20 мин</b>
Активность 4 – Заключение	<b>5 мин</b>
	<b>70 мин</b>

### Ключевая информация

- Любой случай антенатального вагинального кровотечения является показанием для срочной госпитализации в ближайшее родовспомогательное учреждение
- Предлежание плаценты (placenta praevia) – это аномалия расположения плаценты, когда она расположена в нижнем маточном сегменте матки в области внутреннего зева или на 3 см выше (по данным УЗИ). При этом та или другая часть плаценты находится в области внутреннего маточного зева, частично или полностью перекрывая его.
- Степени приращения плаценты – в зависимости от глубины проникновения плаценты в миометрий три варианта ее приращения:
  - Placenta accreta (прирастание плаценты) – ворсины плаценты проникают на уровне базального слоя эндометрия, плотно контактируют с миометрием матки, не нарушая его структуру.
  - Placenta increta (врастание плаценты)-ворсины плаценты врастают в мышечный слой матки и нарушают его структуру.
  - Placenta percreta (прорастание плаценты) - ворсины плаценты прорастают мышечный слой на всю глубину до висцеральной брюшины и за пределы матки, в соседние органы или в сосудистый пучок.
- При предлежании плаценты родоразрешение желательнее на третичном или областном уровне.
- К отслойке плаценты относятся все случаи преждевременного отделения плаценты от места своего прикрепления произошедшее до рождения плода - во время беременности или родов.
- Диагноз отслойки плаценты является в большой степени клиническим диагнозом.
- Кесарево сечение не должно откладываться для проведения УЗИ если имеется клинические признаки нестабильного состояния матери и плода.

## **АКТИВНОСТЬ 1 – Интерактивная презентация (45 мин)**

**Слайд 1. Введение.** Вагинальное кровотечение на позднем сроке беременности является одной из ведущих причин дородовой госпитализации, материнской смертности и оперативного вмешательства. Перинатальным исходом такого течения беременности является более высокий (по сравнению с неосложненной беременностью) показатель преждевременных родов и перинатальной смертности. Это факт отмечается даже в тех случаях, когда причина кровотечения не установлена. В меньшей степени вагинальное кровотечение при беременности может послужить сигналом возникшей угрозы для жизни матери. Оптимальный метод лечения вагинального кровотечения на поздних сроках беременности основан на точном и своевременном определении причины кровотечения, групповом или системном подходе, наилучшим образом обеспечивающим безопасность пациентки и своевременное вмешательство, соответствующее установленной причине кровотечения.

**Покажите Слайд 2.** Скажите что на слайде приведены незначительные и серьёзные причины вагинальных кровотечений во время беременности, включающие те, которые свойственны только беременности. Эта глава отражает четыре главные причины акушерского кровотечения и представляет подход как к диагностике кровотечения, так и к методике его лечения.

**Перейдите на Слайд 3.** Дайте определение предлежания плаценты

**Далее показывая слайды 4, 5.** Напомните, что существуют несколько форм предлежания плаценты.

**Показывая Слайды 6, 7.** Вкратце остановитесь на эпидемиологии и на факторах риска развития предлежания плаценты.

**Слайд 8.** Показывает заболеваемость и смертность связанные с предлежанием плаценты.

**Слайд 9. Клиника.** Типичным проявлением предлежания плаценты является безболезненное кровотечение в конце второго триместра или в раннем третьем триместре. Должна быть собрана полная информация об объеме кровопотери, обостряющих факторах и о течении беременности.

**Покажите Слайд 10.** Напомните что, проводя физикальное исследование, не делать пальцевое влагалищное исследование.

**Показывая слайд 11.** Первоочередным обследованием у пациенток с массивным вагинальным кровотечением должно включать определение гематокрита матери и общий анализ крови, группу крови и резус- фактор, а также исследования свертываемости по Ли-Уайту (L-W) для исключения ДВС синдрома.

**Покажите Слайд 12.** Диагноз предлежания плаценты подтверждается ультразвуковым обследованием ее положения.

**Перейдите на Слайд 13.** Тактика у пациенток с установленным диагнозом предлежания плаценты, подтвержденным ультразвуковым обследованием, следует придерживаться выжидательной тактики, избегая половых отношений и мануального и инструментального обследования. Когда кровотечение наступает в поздние сроки беременности, необходимо оценить стабильность кровообращения пациентки, принимать решение о необходимости переливания крови на основании ответа на струйно вводимую жидкость, продолжение или прекращение кровотечения, показателя гематокрита матери.

Показания к оперативному родоразрешению включают наличие стойкого, прогрессирующего вагинального кровотечения, представляющего угрозу стабильности системы мать-плод, либо любое вагинальное кровотечение при беременности, когда плод достаточно зрелый для того, чтобы его рождение было бы безопасным.

**Покажите Слайд 14.** К отслойке плаценты относятся все случаи преждевременного отделения плаценты от места своего прикрепления произошедшее до рождения плода - во время беременности или родов. Может быть полная или частичная. „Отделение краевого синуса“ и „разрыв краевого синуса“ - термины, используемые для описания дородового кровотечения, при котором ни разу не был установлен диагноз аномальной имплантации или отслойки.

**Слайд 15.** Вкратце остановитесь на эпидемиологии и на факторах риска развития отслойки плаценты.

**Слайд 16. Отслойка плаценты-кровотечение.** Кровотечение, вызванное отслойкой, может быть причиной наружного кровоизлияния или кровянистой амниотической жидкости, либо может сформироваться в виде ретроплацентарного тромба. Приблизительно 20% отслоек протекает скрыто, без развития наружного кровотечения. Результатом кровоизлияния в миометрий является развитие «маточно-плацентарной апоплексии», или матки Кювелера, которая может потерять способность эффективно сокращаться и послужить причиной послеродового кровотечения. Коагулопатия развивается в результате потребления факторов свертываемости. Отслойка плаценты также связана с выбросом тромбопластических веществ, которые могут запустить каскад свертываемости.

Спросите главные симптомы отслойки плаценты затем **покажите Слайд 17.**

**Перейдите на Слайд 18. Диагностика.** Пациентка должна быть неотлагательно обследована по поводу недостаточности кровообращения. Признаки и симптомы шока у беременных проявляются поздно при кровопотере более 30% общего объема циркулирующей крови. Осмотр живота матери включает в себя определение высоты дна, веса и положения плода. Необходимо определить болезненные участки и пальпировать имеющиеся сокращения матки.

Сердечные сокращения плода и маточные сокращения должны постоянно регистрироваться и документироваться.

**Слайд 19. УЗИ диагностика.** Результаты ультразвукового исследования, если оно проводилось, может показывать эхогенность ретроплацентарного пространства, аномальное утолщение плаценты, либо закругленный „порванный“ край плаценты.

**Слайд 20.** Лабораторные обследования включают общий анализ крови, определение группы крови, резус-фактора и параметров свертываемости крови. Также забирается дополнительная порция крови, для определения ВСК по Ли Уайту.

**Слайд 21. Классификация по Шеру** разделяет отслойку на 3 степени.

**Слайд 22, 23. Лечение.** Если восстанавливается нормальный ритм сердечных сокращений плода и стремительно развиваются схватки, можно женщине разрешить рожать самостоятельно. Однако необходимо подумать об оперативном родоразрешении, если у плода проявляется любая не толерантность к родами, и можно отказаться от вагинальных родов. Персонал, проводящий реанимацию новорожденного ребенка, должен быть к этому готов, как во время вагинальных родов, так и во время оперативного вмешательства.

Показания к оперативному вмешательству при мертвом плоде совпадают с другими показаниями к кесарево сечения со стороны матери, такими, как отсутствие родовой деятельности и массивное кровотечение, не поддающиеся лечению гемотрансфузией.

**Слайд 24. Коагулопатия при отслойке.** Приблизительно у 1/3 пациенток с отслойкой плаценты и мертвым плодом развивается коагулопатия. У пациенток с отслойкой и живым плодом коагулопатия, как правило, не отмечается. Развитие коагулопатии при отслойке плаценты связывают с двумя этиологическими факторами: коагулопатией потребления и ДВС. Для достижения наибольшего желаемого эффекта, непосредственно перед оперативным вмешательством необхо-

димо перелить тромбоцитарную массу и свежезамороженную плазму. Дополнительно к этому, использование криопреципитата и фактора VIII может иметь очевидный эффект при тяжелых формах коагулопатии.

Необходимо рассмотреть возможность перевода матери из сельской местности, учитывая ряд важных факторов. Пациентки с отслойкой плаценты и живым плодом, как правило, нетранспортабельны, так как оперативное вмешательство неожиданно может понадобиться на любой стадии родов. В таких случаях более целесообразно перевозить недоношенного или больного новорожденного, а не мать-плод. В случае мертвого плода, если у пациентки нет коагулопатии и ее гемодинамика стабильна, можно женщину оставить рожать в имеющихся условиях.

**Слайд 25. Разрыв матки.** Расхождение маточного шва может быть скрытым отделением краев шва или истончением раны, которые обычно обнаруживаются при повторном кесарево сечении. С другой стороны, полный разрыв матки имеет четкую клинику и является показанием к срочной лапаротомии.

Спонтанный разрыв матки отмечается у 0.03-0.08% из числа всех рожениц, и у 1.3-1.7% женщин с рубцом на матке. Парадоксально, но мета-анализ случаев, когда после кесарева сечения женщины рожали естественным путем, не выявил повышения риска дородового или интранатального расхождения рубца матки<sup>23</sup>. Предыдущее кесарево сечение, особенно классическое или с использованием широкого разреза матки, является наиболее частой причиной расхождения маточного рубца. К числу других частых причин относятся выскабливание полости матки или бывшая перфорация, неправильное использование окситоцина и травма.

**Слайд 26. Осложнения.** Наиболее частое состояние матери после разрыва матки, является кровотечение с последующей анемией, требующей гемотрансфузии. К другим осложнениям относятся разрыв мочевого пузыря (0.5%) и гистеректомия (0.1%), при этом, материнская смертность в этих случаях довольно редкая.

**Слайд 27, 28.** Попросите участников рассказать клинику, диагностику и лечение разрыва матки.

**Покажите Слайд 29, 30. Скажите что Vasaprevia** характеризуется пересечением околоплодные оболочки сосудами плода и их патологическим врастанием в оболочки, а не в плаценту (т.е., оболочечное врастание).

Является самой редкой причиной акушерского кровотечения, обычно возникающем при низком расположении плаценты и оболочечном врастании сосудов, или при наличии дополнительной доли плаценты. Важность этого кровотечения заключается в том, что это единственное акушерское кровотечение, во время которого в первую очередь кровь теряет плод, поэтому это состояние требует незамедлительной установки диагноза и принятия неотложных мер.

**Покажите Слайд 31.** Подведите итог. Влагалищные кровотечения на поздних стадиях беременности влекут за собой наиболее тяжкие осложнения для жизни матери и плода. Команда должны действовать с четкостью и невероятной скоростью. Своевременная диагностика влагалищного кровотечения на позднем сроке беременности может значительно снизить показатель перинатальной смертности.

**Спросите, есть ли** есть ли у них вопросы/комментарии относительно пройденного материала. Ответьте на вопросы участников.



**АКТИВНОСТЬ 2 Работа в малых группах (45 мин).** Работа с участниками с клиническими сценариями.

Разделите группу на 2 и предложите одной группе задачу – клинический случай по отслойке плаценты, второй группе по предлежанию плаценты. Дайте участникам время, чтобы прочитать и проанализировать предложенный клинический случай самостоятельно. Когда все члены группы прочитают клинический случай, предложите ответить на вопросы по практическому примеру. Участники должны рассмотреть шаги в принятии клинического решения в ходе ответов на вопросы. Остальные группы в комнате работают над тем же или аналогичным практическим примером. По окончании работы всеми группами обсудите практические примеры и ответы, подготовленные каждой группой.

**АКТИВНОСТЬ 3 – Заключение**

## РАЗБОР И КЛЮЧЕВЫЕ ОТВЕТЫ НА КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ: ВАГИНАЛЬНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ В ПОЗДНИХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ

### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 3.1: РАЗБОР И КЛЮЧЕВЫЕ ОТВЕТЫ

Г-жа Д., 20 лет, здорова, первая беременность. Беременность протекала без осложнений. На 38 неделе беременности г-жа Д. в сопровождении мужа приходит в отделение неотложной помощи районной больницы. Она сообщает, что два часа назад у нее началось безболезненное вагинальное кровотечение ярко-красного цвета. В течение беременности г-жа Д. трижды побывала на приеме по антенатальному уходу. Во время последнего посещения женской консультации 2 недели назад никакой патологии не наблюдалось.

#### ОЦЕНКА (История болезни, физический осмотр, процедуры скрининга/лабораторные анализы)

1. Что Вы включите в предварительное обследование состояния г-жи Д. и почему?
  - Г-жу Д. ее мужа необходимо встретить тепло и с вниманием.
  - Их необходимо внимательно выслушать и сообщить им, какие меры будут приняты. Кроме того, необходимо спокойным и ободряющим тоном ответить на их вопросы.
  - Необходимо провести быстрое обследование для исключения шока и необходимости неотложного лечения/реанимации: учащенный, слабый пульс; систолическое артериальное давление ниже, чем 90 мм ртутного столба; бледность; испарина или холодный липкий пот; учащенное дыхание; температура; нарушение сознания. Необходимо также обследовать ее на предмет определения количества крови, потерянной с момента начала вагинального кровотечения.
  - **Нельзя** проводить вагинальный осмотр, как часть предварительного обследования; однако, необходимо провести осторожный осмотр с помощью влагалищного зеркала для исключения побочных случаев кровотечения (напр., цервицит, травма, цервикальные полипы).
2. Какие именно аспекты медицинского осмотра г-жи Д. помогут Вам поставить диагноз и определить ее проблемы/потребности и почему?
  - Необходимо провести осмотр живота для определения положения и предлежания плода (неправильное положение и предлежание плода может быть связано с предлежанием плаценты, высокое положение головки плода у первородящей женщины также может быть связано с предлежанием плаценты). Необходимо определить консистенцию матки и наличие боли, чтобы исключить симптомы и признаки отслойки плаценты. (Отслойка плаценты обычно сопровождается болезненной напряженной маткой.)
  - Необходимо определить состояние плода путем прослушивания сердцебиения. (состояние плода должно быть в норме, если у г-жи Д. предлежание плаценты, при отслойке же плаценты наблюдается патологическое состояние плода или не прослушивается сердцебиение плода).
3. Какие дополнительные процедуры /лабораторные анализы Вы включите в обследование состояния г-жи Д. и почему?
  - По возможности нужно провести ультразвуковое обследование для определения места нахождения плаценты.

#### ДИАГНОЗ (выявление проблем/потребностей)

Вы обследовали состояние г-жи Д., основные результаты которого приведены ниже.

- Частота пульса г-жи Д. 88 ударов в минуту, артериальное давление 110/80 мм ртутного столба, частота дыхания 16 вдохов в минуту, температура тела 37<sup>o</sup> С.
- Вагинальное кровотечение от легкого до умеренного, ярко-красного цвета. По словам г-жи Д., до прихода в больницу она использовала 12 прокладок.
- Консистенция матки в норме, боли в животе нет. Положение плода продольное, головное предлежание, головка находится довольно высоко над входом в таз. Плод активен, частота сердцебиения плода 120 ударов в минуту
- Проведение ультразвукового обследования не было возможным.

4. Каков диагноз г-жи Д. исходя из данных результатов обследования и почему?
- Симптомы и признаки состояния г-жи Д. (напр., безболезненное вагинальное кровотечение, высокое положение головки плода при первой беременности, нормальное состояние плода ) убедительно говорят о предлежании плаценты.

#### **ЛЕЧЕНИЕ (планирование и вмешательство)**

5. Исходя из поставленного Вами диагноза, каков Ваш план лечения г-жи Д. и почему?
- Необходимо начать внутривенное вливание обычного физиологического раствора или лактата Рингера для восполнения потери крови.
  - Необходимо взять кровь на определение уровня гемоглобина, группы и совместимости, а также на случай необходимости приготовить кровь для переливания.
  - Г-жа Д. должна находиться в больнице под строгим наблюдением.
  - Необходимо как можно скорее провести ультразвуковое обследование для определения места нахождения плаценты.
  - Назначить ежедневный прием 60 мг сульфата железа или fumarата железа ежедневно.
  - Необходимо разъяснить г-же Д. и ее мужу меры, предпринятые для ведения осложнения. Кроме того, необходимо убедить их высказать свои опасения и беспокойство, внимательно выслушать их и эмоционально поддержать и ободрить.

#### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

У г-жи Д. наблюдается легкое вагинальное кровотечение на протяжении двух дней с момента госпитализации в районную больницу. Ее состояние в норме, плод остается активным, частота сердцебиения плода от 120 до 140 ударов в минуту. На утро третьего дня в больнице кровотечение усилилось от легкого до умеренного и имеет ярко-красный цвет.

Проведение ультразвукового обследования все еще невозможно.

6. Исходя из этих данных, каков Ваш план дальнейшего ухода за г-жой Д. и почему?
- Поскольку проведение ультразвукового обследования не представилось возможным и беременность г-жи Д. превысила 38 недель, необходимо немедленно провести вагинальное обследование с помощью стерильного влагалищного зеркала для осмотра шейки матки. Вагинальное обследование необходимо проводить в операционной и в случае необходимости быть готовыми к кесареву сечению.
  - Необходимо объяснить г-же Д. и ее мужу суть процедуры и существующую степень риска и эмоционально поддерживать и подбадривать их.
  - Перед проведением вагинального обследования необходимо установить систему для внутривенного вливания и подготовить кровь совместимой группы.
  - При проведении вагинального обследования необходимо убедиться в предлежании плаценты:
    - шейка матки раскрыта и плацентарная ткань видна.
    - Шейка матки не раскрыта, но прощупывается губчатая ткань на сводах влагалища
  - При низкой плацентации и легком кровотечении, возможны роды через естественные родовые пути; в противном случае показана роды путем кесарева сечения.
  - Состояние г-жи Д. (параметры жизненно важных функций, инволюция матки, лохии) должно строго наблюдаться после родов, поскольку существует высокая степень опасности послеродового кровотечения у женщин с предлежанием плаценты.
  - После родов г-же Д. необходимо оказать помощь и дать советы по грудному вскармливанию новорожденного и уходу за ним, питанию, отдыху и гигиене, а также своевременному распознаванию признаков опасности для г-жи Д. и новорожденного и их предотвращению.
  - До выписки из больницы необходимо провести контрольный послеродовой осмотр г-жи Д.
  - При выписке назначить г-же Д. ежедневный прием железосодержащих таблеток.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 3.2: РАЗБОР И КЛЮЧЕВЫЕ ОТВЕТЫ

Г-жа С, беременность 32 недели, третья беременность, имеет двоих здоровых детей. Она регулярно ходила на прием по антенатальному уходу и все показатели были в пределах нормы до посещения женской консультации 10 дней назад. Во время этого посещения ее артериальное давление составляло 120/90 мм. рт. ст; других признаков или симптомов высокого артериального давления, вызванного беременностью, не наблюдалось. Г-жу С. предупредили об опасных признаках и проинструктировали что делать, если они появятся, и попросили вновь прийти в консультацию через две недели. Она является в районную больницу за два дня до ее следующего антенатального визита, в сопровождении свекрови с жалобами на вагинальное кровотечение, боль в животе и сильную головную боль.

### **ОБСЛЕДОВАНИЕ (Анамнез, Медицинский Осмотр, Рентгеноскопические Процедуры/Лабораторные Анализы)**

1. Что Вы включите в предварительное обследование г-жи С. и почему?

- Г-жу С. и ее свекровь необходимо встретить тепло и с вниманием.
- Их необходимо внимательно выслушать и сообщить им, какие меры будут приняты. Кроме того, необходимо спокойным и ободряющим тоном ответить на их вопросы.
- Необходимо провести быстрое обследование для выявления следующих данных для того, чтобы определить находится ли она в шоке и нуждается ли в неотложной помощи/реанимации: учащенный, слабый пульс; систолическое артериальное давление ниже, чем 90 мм ртутного столба; бледность; испарина или холодная липкая кожа; учащенное дыхание; температура; растерянность; судороги. Ее также необходимо обследовать, чтобы выяснить, когда началось вагинальное кровотечение, определить количество потерянной крови, ее цвет и наличие в ней сгустков.
- Также важно определить:
  - когда началась боль в животе (напр., одновременно с вагинальным кровотечением) и характер боли
  - чувствуется ли шевеление плода с момента начала кровотечения и боли
  - когда началась головная боль и наблюдались/наблюдаются ли какие-либо видимые патологические отклонения (отслойка плаценты может быть связана с высоким давлением, вызванным беременностью )

2. Какие именно аспекты медицинского осмотра г-жи С. помогут Вам поставить диагноз и определить ее проблемы/потребности и почему?

- Необходимо провести осмотр живота, чтобы определить характер и местонахождение боли, определить консистенцию матки и выявить шевеление плода (напряженная/болезненная матка и снижение шевеления плода являются признаками отслойки плаценты). Однако, пальпацию необходимо свести до минимума, чтобы не усугублять симптомы.
- Необходимо попытаться прослушать сердцебиение плода, которое может отсутствовать в связи с отслойкой.

3. Какие рентгеноскопические процедуры/лабораторные анализы Вы включите (при возможности) в обследование состояния г-жи С. и почему?

- Для постановки диагноза не требуются лабораторные анализы. Однако, можно провести ультразвуковое обследование, если возможно, для определения местонахождения плаценты, если есть подозрение на предлежание плаценты.

### **ДИАГНОЗ (выявление проблем/потребностей)**

Вы провели обследование состояния г-жи С., основные результаты которого приведены ниже.

- Частота пульса г-жи С. 120 ударов в минуту, удары слабые, артериальное давление 110/60 мм рт. ст., частота дыхания 20 вдохов в минуту, температура тела 37<sup>o</sup> С.
- Кожные покровы бледные и влажные.

- У г-жи С. постоянная боль в животе, матка болезненна при пальпации, и сердцебиение плода не прослушивается.
- У нее обильное вагинальное кровотечение со сгустками крови.
- Коагулопатия не выявлялась.

4. Исходя из этих данных, каков диагноз г-жи С. и почему?

- Признаки и симптомы, наблюдающиеся у г-жи С. (напр., признаки шока, постоянная боль в животе, болезненность матки, вагинальное кровотечение и отсутствие сердцебиения плода) убедительно говорят об отслойке плаценты.

5. Какие лабораторные анализы целесообразно провести в настоящий момент?

- У постели больного необходимо провести анализ на свертываемость крови, чтобы выявить или исключить коагулопатию (коагулопатия может быть спровоцирована отслойкой плаценты)

### ЛЕЧЕНИЕ (планирование и вмешательство)

6. Исходя из диагноза, каков Ваш план оказания помощи за г-жой С. и почему?

- Необходимо немедленно вывести г-жу С. из шока.
  - Положите ее на бок.
  - Убедитесь, что ее дыхательные пути свободны.
  - Дайте кислород в объеме 6-8 л в минуту через маску или канюлю.
  - Держите ее в тепле.
  - Поднимите ей ноги.
  - Следите за пульсом, артериальным давлением, дыханием и температурой тела.
  - Начните внутривенное вливание жидкости (1 л физиологического раствора или лактата Рингера в течение 15-20 минут)
  - Следите за количеством введенной жидкости и диурезом (введите постоянный катетер, чтобы контролировать диурез)
- Необходимо взять кровь на гемоглобин и совместимость и немедленно приготовить кровь для переливания.
- Немедленно подготовиться к принятию родов.
- Необходимо разъяснить г-же С. и ее свекрови меры, предпринятые для ведения осложнения. Окажите им эмоциональную поддержку и успокойте их, отвечайте на все их вопросы.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Через полчаса после госпитализации состояние г-жи С. стабилизировалось, хотя вагинальное кровотечение продолжается. Шейка матки раскрыта на 3 см. Сердцебиение плода не прослушивается. Результаты анализа на свертываемость крови нормальные.

7. Исходя из этих данных, каков Ваш план дальнейшей помощи за г-жой С. и почему?

- Поскольку роды через естественные родовые пути не развиваются, необходимо принять меры для срочного проведения кесарева сечения.
- Необходимо восполнить потерю крови путем переливания крови, но наличие или отсутствие крови для переливания не должно стать причиной для задержки операции.
- Необходимо разъяснить г-же С. и ее свекрови суть процедуры и степень риска, а также постоянно эмоционально поддерживать и ободрять их. В частности, их нужно подготовить к неизбежности мертворождения.
- Состояние г-жи С. (параметры жизненно важных функций, инволюция матки, лохии) должно строго наблюдаться после родов, поскольку существует высокая степень опасности послеродового кровотечения у женщин с отслойкой плаценты.
- Кроме того, г-же С. нужно дать возможность посмотреть на ребенка и подержать его на руках, чтобы она могла погоревать о нем, и разрешить ей и ее семье подготовить ребенка к похоронам, если они этого хотят.
- Перед выпиской из больницы с г-жой С. и ее партнером или же другим членом семьи по желанию г-жи С., необходимо обсудить возможные профилактические меры на будущее.

## Литература:

1. Chan CC, To WW: Antepartum hemorrhage of unknown origin--what is its clinical significance? *ActaObstetGynecolScand*, Mar, 1999;78:3,186-90. (Level II-2)
2. Bricker L, Neilson JP. Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks gestation) (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software. (Level I)
3. Zaki ZM, Bahar AM, Ali ME, Albar HA, Gerais MA: Risk factors and morbidity in patients with placenta previa compared to placenta previa non-accreta. *ActaObstetGynecolScand*, Apr, 1998;77:4,391-4. (Level III)
4. Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM: Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. *Am J ObstetGynecol*, Jul, 1997;177:1,210-4. (Level III)
5. Gotoh H, et al Predicting incomplete uterine rupture with vaginal sonography during the late second trimester in women with prior cesarean *Obstet Gynecol*. Apr, 2000;95(4):596-600. (Level II-2)
6. Crane JM, van den Hof MC, Dodds L, Armsom BA, Liston R: Neonatal outcomes with placenta previa. *ObstetGynecol*, Apr, 1999;93:4,541-4. (Level III)
7. Neilson JP. Interventions for suspected placenta praevia (Cochrane Review). In: *The CochraneLibrary*, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software. (Level I)
8. Towers CV, Pircon RA, Heppard M: Is tocolysis safe in the management of third-trimester bleeding? *Am J ObstetGynecol*, Jun, 1999;180:6Pt1,1572-8. (Level II-2)
9. Frederickson MC, Glassenberg R, Stika CS: Placenta previa: a 22-year analysis. *Am J ObstetGynecol*, Jun, 1999;180:6 Pt1,1432-7. (Level III)
10. Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. Incidence of placental abruption in relation to cigarettesmoking and hypertensive disorders during pregnancy; a meta-analysis of observational studies. *ObstetGynecol* Apr, 1999;93:4,622-8. (Level II-2)
11. Hulse GK, Milne E, English DR, Holman CD: Assessing the relationship between maternal cocaine use and abruptio placentae. *Addiction* Nov, 1997;92(11):1547-51. (Level II-2)
12. Rasmussen S, Irgens LM, Dalaker K: The effect on the likelihood of further pregnancy of placental abruption and the rate of its recurrence. *Br J ObstetGynecol* Nov, 1997;104(11):1292-5. (Level III)
13. van Rijn M, van der Schouw YT, Hagens AM, Visser GH, Christiansens GC: Adverse obstetric outcome in low- and high-risk pregnancies: predictive value of maternal serum screening. *ObstetGynecol* Dec, 1999;94(6):929-34. (Level II-2)
14. Reis PM, Sander CM, Pearlman MD, Abruptio placentae after auto accidents. A case-control study. *Reprod Med*. Jan, 2000;45(1):6-10. (Level II-2)
15. Rogers FB, Rozycki GS, Osler TM, et al: a multiinstitutional study of factors associated with fetal death in injured pregnant patients. *Arch Surg* Nov, 1999;134(11):1272-7. (Level III)
16. Ananth CV, Berkowitz GS, Savitz DA, Lapinski RH: Placental abruption and adverse perinatal outcomes. *JAMA* Nov, 1999;3;282(17):1646-51. (Level II-2)
17. Hubbard JL, Hosmer SB: Couvelaire uterus. *J Am Osteopath Assoc*, Sep, 1997;97:9,536-7. (Level III)
18. Neiger R, Krohn HJ, Trofatter MO: Plasma fibrin D-dimer in pregnancies complicated by partial placental abruption. *Tenn Med*, Oct, 1997;900: 10,403-5. (Level III)
19. Magriples U, Chan DW, Buzek D, Copel JA, Hsu CD: Thrombomodulin: a new marker for placental abruption. *ThrombHaemost*, Jan, 1999;81:1,32-4. (Level II-2)
20. Sher G, Statland BE: Abruptio placentae with coagulopathy; a rational basis for management. *ClinObstetGynecol* Mar, 1985;28(1):15-23. (Level III)
21. Emery CI, Morway LF, Chung-Park M, Wyatt-Ashmead J, Sawady J, Beddow TD: The Kleihauer-Betketest. Clinical utility, indication, and correlation in patients with placental abruption and cocaine use. *Arch Pathol Lab Med* Nov, 1995;119(11):1032-7. (Level III)
22. Phelan JP, Korst LM, Settles DK. Uterine activity patterns in uterine rupture: A case control study. *ObstetGynecol* 1998;92:394-7. (Level II-2)
23. Rosen MC, Dickinson JC, Westhoff CL. Vaginal birth after cesarean: A meta-analysis of morbidity and mortality. *ObstetGynecol* 1991;77:465-470. (Level II-2)
24. Leung AS, Leung EK, Paul RH. Uterine rupture after previous cesarean delivery: Maternal and fetal consequences. *Am J ObstetGynecol*1993;169:945-50. (Level III)
25. ACOG Update. VBAC vs. C Section. Vol. 25. No. 12. June 2000 American College of Obstetricians and Gynecologists. Washington, D. C. (Level III)

26. Kirkendall C, Ahn MO, Phelan J. Uterine rupture: a placentally mediated event? *Obstet Gynecol.* Apr, 2000;1;95(4 Suppl 1):S75. (Level III)
27. Resnick R. Diagnosis and management of placenta accreta. *ACOG Clin Rev* 1999;4(2):8-9. (Level III)
28. Lee W, et al Vasa previa: prenatal diagnosis, natural evolution, and clinical outcome. *ObstetGynecol.* Apr, 2000;95(4):572-6. (Level III)
29. Harding JA, et.al. Color flow Doppler — a useful instrument in the diagnosis of vasa previa. *Am JObstet Gynecol.* Nov, 1990;163(5 Pt. 1):1566-8. (Level III)





# **ПОСЛЕРОДОВЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ**



## МОДУЛЬ 4: ПОСЛЕРОДОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

### Задачи обучения

По окончании работы над модулем участники должны:

- Соблюдать и выполнять последовательно порядок действий по выявлению и проведению неотложной помощи при послеродовом кровотечении
- Быть готовыми к принятию решений по применению всесторонних мер для остановки кровотечения и реанимации пациентки
- Понять, что своевременное и адекватное восполнение объема циркулирующей крови является основой оказания помощи женщинам с кровотечением
- Критически оценить хирургические методы остановки кровотечения
- Понять важность местного соответствующего протокола по лечению кровотечений в акушерстве

### Подготовка к модулю

- Обзор современных публикаций и доказательных материалов, относящихся к терапии послеродового кровотечения
- Убедитесь, что все участники имеют Руководство для участника

#### Структура и продолжительность модуля:

**Общая продолжительность – 120 минут**

Активность 1 – Введение. Интерактивная презентация	<b>45 мин</b>
Активность 2 – Демонстрация	<b>20 мин</b>
Активность 3 – Работа в малых группах	<b>45 мин</b>
Активность 4 – Заключение	<b>10 мин</b>
	<b>120 мин</b>

### Ключевая информация

- Активное ведение третьего периода родов является эффективной профилактикой послеродового кровотечения.
- Первоочередным в лечении ПРК является раннее распознавание и организация мероприятий по остановке кровотечения.
- Первоначальные мероприятия по остановке кровотечения и реанимации пациентки являются эффективными в большинстве случаев ПРК.
- Каждое акушерское отделение должно иметь местный клинический протокол профилактики и лечения ПРК. Данный протокол должен основываться на национальных руководствах и данных научно-доказательной медицины.
- Окситоцин, эргометрин и простагландины эффективны в большинстве случаев атонии матки.
- Бимануальная компрессия матки и сдавливание брюшной аорты являются временными методами остановки атонического кровотечения. Другие известные способы являются малоэффективными, ведут к потере времени и не должны использоваться.
- Атония матки редко является показанием к гистерэктомии. Удаление матки показано, в основном, при приращении плаценты, разрыве матки, гематоме широкой связки и другой цервикально-маточной травме.
- Гистерэктомия не является единственным методом окончательной остановки кровотечения. Существует множество более простых, менее травматичных, но эффективных альтернатив: двухсторонняя перевязка маточных артерий, двухсторонняя перевязка внутренних подвздошных артерий, компрессионные швы на матку.
- Переливание препаратов крови жизненно необходимо в большинстве тяжёлых случаев послеродового кровотечения; в то же время необоснованная или чрезмерная трансфузия может привести к многим осложнениям. Должны быть строгие показания к переливанию препаратов крови.

## АКТИВНОСТЬ 1 – Интерактивная презентация (45 мин)

**Покажите Слайд 1.** Расскажите о цели и задачах данного модуля и чего должны достигнуть концу лекции слушатели:

1. Перечислить важнейшие причины послеродовых кровотечений
2. Описать методы профилактики послеродовых кровотечений
3. Продемонстрировать знания о необходимости раннего распознавания и быстрого принятия мер
4. Описать первичное лечение послеродовых кровотечений.

**Перейдите на Слайд 2.** Дайте определение послеродового кровотечения (ПРК) – потеря крови больше 500 мл в течение первых 24 часов после родов. Скажите что, определение ПРК в какой-то мере произвольное, поскольку дать более точное определение, которое в то же самое время могло бы легко применено в практике, сложно. ПРК считается кровопотеря больше, чем 500 мл при вагинальных родах и больше 1000 мл при кесаревом сечении. Такая потеря крови в первые 24 часа после родов считается ранним ПРК, если же кровопотеря происходит в промежутке от 24 часов до 6 недель, тогда ее определяют как позднее ПРК.

Также отметьте что, у пациенток с тяжелой анемией потеря даже 200 - 250 мл крови может оказаться фатальной. Это особенно важно, учитывая высокую распространенность тяжёлой анемии у женщин во многих развивающихся странах.

**Покажите Слайд 3** акцентируйте что ПРК является наиболее частой причиной материнской заболеваемости и главной причиной материнской смертности во всем мире.

**Покажите Слайд 4** коротко остановитесь на факторах риска. Отметьте, что послеродовые кровотечения происходят и у женщин без факторов риска, поэтому врачи должны быть готовы к их лечению при каждом родах.

**Перейдите на слайды 5, 6** скажите что лучшей стратегией для профилактики ПРК является активное ведение третьего периода родов. Коротко остановитесь на шагах выполнения манипуляции.

**Покажите Слайд 7** скажите что это принципы ведения послеродовых кровотечений от которых зависит жизнь.

**Покажите Слайд 8** Обсудите с участниками каким образом проводят мониторинг за состоянием всех женщин в послеродовом периоде. Укажите что раннее выявление ПРК является очень важным фактором в лечении. Не забудьте о важности оценки объема кровопотери.

**Перейдите на Слайд 9** скажите что столкнувшись с массивным кровотечением, клиницист должен немедленно попытаться определить причину кровотечения и в тоже время начать предпринимать реанимационные меры и необходимые вмешательства. Нужно тщательно обследовать матку и родовые пути, чтобы выявить причину.

**Покажите слайд 10,** напомнив участникам, что в случае внезапной быстрой кровопотери самой экстренной мерой обычно является быстрое восполнение жидкости, потерянной из кровеносного русла. Внутривенное введение жидкости является первоочередным мероприятием при гиповолемии. Срочная инфузия жидкости (кристаллоидов: физиологический раствор) может спасти жизнь пациентки и обеспечить некоторый запас времени для окончательной остановки кровотечения и получения препаратов крови для переливания в случае необходимости. Имейте в виду что чем больше номер размера, тем меньше диаметр катетера.

**Слайд 11.** Напомните что проще всего найти причину ПРК применяя метод четыре «Т»: тонус, ткань, травма и тромбин: атония матки - 70%, травма половых путей – 20%, ткани – 10%, первичные гематологические нарушения процесса тромбообразования и тромбоцитарная дисфункция, синдром диссеминированного внутрисосудистого свёртывания, выворот матки (редко).

**Слайд 12. Ткань:** Задержку отделения плаценты можно определить как отсутствие рождения плаценты в течение 30 минут после рождения плода. Термин “ткань” также включает возможно оставшиеся в полости фрагменты, даже если плацента выглядит целостной. Не забудьте о приращении плаценты, перечислите факторы риска по развитию приращения плаценты

- кесарево сечение в анамнезе
- предлежание плаценты в анамнезе
- любой кюретаж в анамнезе
- пожилой возраст матери
- большое количество родов
- приращение, задержка плаценты в анамнезе

**Покажите Слайд 13. Варианты прикрепления плаценты.** В редких случаях задержка отделения плаценты может наблюдаться при необычной имплантации плаценты вследствие атрофии и отсутствия децидуальной оболочки. Состояние при котором плацента чрезмерно плотно прикреплена к матке называется **Placenta accreta**. Состояние под названием **Placenta increta** возникает при врастании плаценты в миометрий, и наконец, **Placenta percreta** возникает при прорастании плацентой всей толщины миометрия до серозной оболочки, а иногда и за ее пределы.

**Покажите слайды 14, 15, 16,** коротко остановитесь на каждой манипуляции (**извлечение ущемленного последа, ручное отделение плаценты. ручное обследование матки**). Скажите что для этих манипуляций есть учебное руководство по выполнению по шагам.

**Покажите Слайд 17, 18.** Скажите что, наиболее частой причиной ПРК является атония матки. Окситоцин является эффективным препаратом первого выбора в лечении ПРК.

**Слайд 19.** Если лечение атонии матки окситоцином неэффективна то, можно использовать эргометрин и простагландины для лечения ПРК.

**Слайд 20.** Энзапрост как один из эффективных утеротоников для лечения атонии матки прост в применении. Энзапрост может назначаться внутриматочно или внутримышечно в дозе 0.25мг, и может повторно вводиться каждые 15 минут до достижения общей дозы 2мг.

**Перейдите на слайд 22** коротко остановитесь на мизопростоле.

**Покажите Слайд 23** обсудите проблемы травмы.

**Покажите Слайды 24, 25, 26.** Расскажите что, выворот матки происходит редко, в 0,05% родоразрешений. Хотя оно и редко встречается, это осложнение является истинно неотложным акушерским состоянием, требующим немедленного квалифицированного лечения, для предотвращения обескровливания. Коротко остановитесь на методах восстановления положения матки.

**Покажите Слайд 28** скажите что нарушение свертываемости крови является редкой причиной послеродовых кровотечений, при котором все меры, описанные выше не имеют эффекта. Большинство пациентов, страдающих коагулопатиями идентифицируются еще до родов, что позволяет планировать мероприятия для профилактики послеродовых кровотечений. В дополнение к этому, чрезмерная кровопотеря может истощить факторы свертываемости и привести к истощающей коагулопатии, что ведет к еще большей кровопотере.

**Слайд 29.** В оценку нужно включить время свертывания (по Ли-Уайту), уровень тромбоцитов, протромбиновое время (МНО), частичное тромбопластиновое время.

**Слайды 30, 31.** Обсудите тактику ведения и лечения подлежащих процессов заболевания, периодически оценивая статус коагулопатии, заменяя необходимые компоненты крови и поддерживая внутрисосудистый объем.

Не забудьте о мерах для временной остановки кровотечения.

**Слайд 32.** Объясните технику бимануальной компрессии.

**Слайд 33.** Прижатие брюшной аорты это компромиссный метод, дающий временный эффект для подготовки к хирургическому вмешательству. Его можно применить, если бимануальная компрессия не дала эффекта – он снижает кровопотерю в ситуации разрыва матки и травмы родового канала.

**Слайд 34.** Если консервативные меры не останавливают кровотечение, нужно КАК МОЖНО СКОРЕЕ переходить к хирургическому гемостазу.

**Покажите Слайд 35.** Перечислите доступные хирургические методы остановки ПРК.

**Покажите Слайды 36, 37.** Сделайте заключение презентации.

**Спросите есть ли** есть ли у них вопросы/комментарии относительно пройденного материала. Ответьте на вопросы участников.

**АКТИВНОСТЬ 2. Демонстрация (20 мин).** Демонстрация тренерами навыков по учебному руководству бимануальной компрессии матки, сдавления брюшной аорты, ручное отделение и выделение плаценты, ручного обследования полости матки.

**АКТИВНОСТЬ 3 Работа в малых группах (45 мин).** Работа участников с клиническими сценариями и отработка навыков по учебному руководству бимануальной компрессии матки, сдавления брюшной аорты, ручного отделения и выделения плаценты, ручного обследования полости матки. Разделите на 3 группы, в каждой группе должен быть тренер модератор. Пусть каждый участник выполнит все шаги по учебному руководству под контролем другого участника. Тренер модератор при необходимости может еще раз продемонстрировать навыки.

**АКТИВНОСТЬ 4 – Заключение**

## РАЗБОРЫ И КЛЮЧЕВЫЕ ОТВЕТЫ НА КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ: ПОСЛЕРОДОВЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

<b>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 4.1</b>	
<b>ИНФОРМАЦИЯ И ВОПРОСЫ, задаваемые преподавателем</b>	<b>КЛЮЧЕВЫЕ РЕАКЦИИ И ДЕЙСТВИЯ, ожидаемые от ученика</b>
<p>1. Г-жа В. 24 лет, только что родила здорового ребенка-девочку, роды продолжались семь часов. Было предпринято активное ведение третьего периода родов, плацента и плодные оболочки были целыми. Акушерка, принявшая роды, ушла по окончании ее смены. Примерно через 30 минут прибегает медсестра и говорит, что у г-жи В. обильное кровотечение.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Что вы будете делать?</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Призывает на срочную помощь весь имеющийся персонал.</li> <li>• Быстро оценивает общее состояние г-жи В., в том числе жизненно важные показатели (температура, пульс, артериальное давление, частота дыхания), уровень сознания, цвет и температуру кожи</li> <li>• Объясняет г-же В., какие принимаются меры, выслушивает ее внимательно и отвечает на ее вопросы</li> </ul>
<p>2. При осмотре вы обнаруживаете, что артериальное давление г-жи В. 86/60, частота пульса 120 ударов в минуту, пульс слабый. Кожные покровы не холодные и не влажные.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>В чем проблема г-жи В.?</i></li> <li>• <i>Что вы предпримете сейчас?</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Утверждает, что г-жа В. находится в шоке в результате послеродового кровотечения.</li> <li>• Пальпирует матку на плотность.</li> <li>• Просит одного из сотрудников, который пришел на зов о помощи, начать внутривенное вливание физиологического раствора или лактата Рингера с 10 единицами окситоцина в объеме 1 литр в течение 15-20 минут с помощью иглы большого диаметра</li> <li>• Начиная внутривенное вливание, берет анализ крови для определения гемоглобина, группы крови, совместимость и свёртывания для исключения коагулопатии</li> </ul>
<p><b>Вопрос для обсуждения 1:</b> Как вы определяете, находится ли женщина в шоке?</p>	<p><b>Ожидаемые Ответы:</b> Частота пульса чаще, чем 110 ударов в минуту, систолическое артериальное давление ниже, чем 90 мм.рт.ст; холодная липкая влажная кожа; бледность, частота дыхания чаще, чем 30 вдохов в минуту; дезориентирована или без сознания</p>
<p>3. Вы устанавливаете, что матка г-жи В. мягкая и не сокращается.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Что вы будете делать теперь?</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Делает наружный массаж матки, чтобы вывести кровь и сгустки крови и вызвать сокращение матки.</li> <li>• Дает кислород в объеме 6-8 л в минуту</li> <li>• Катетеризует мочевого пузырь</li> <li>• Укрывает тепло г-жу В.</li> <li>• Поднимает ей ноги</li> <li>• Продолжает следить за (или поручает это помощнику) артериальным давлением, пульсом и потерей крови.</li> </ul>
<p>4. Через пять минут матка хорошо сокращена, но кровотечение по-прежнему сильное.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Каковы Ваши шаги?</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Осматривает шейку, влагалище и промежность для выявления разрывов.</li> <li>• Просит одного из сотрудников показать плаценту и осматривает, цела ли она.</li> </ul>

<p>5. При дальнейшем обследовании плаценты вы обнаруживаете, что она цела. При осмотре влагалища, шейки и промежности обнаруживаете разрыв шейки. Кровотечение по-прежнему обильное.</p> <p>• <i>Что будете делать теперь?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Подготавливается к устранению разрыва шейки</li> <li>• Сообщает г-же В., что происходит, внимательно выслушивает и ободряет ее.</li> <li>• Поручает одному из сотрудников следить за жизненно важными показателями состояния г-жи В.</li> </ul>
<p><b>Вопрос для обсуждения 2:</b> <i>Что бы Вы сделали, если бы осмотр плаценты показал дефект плаценты</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Разъясню проблему г-же В. и поддержу ее.</li> <li>• Введу петидин и диазепам медленно внутривенно или кетамин . .</li> <li>• Введу в целях профилактики антибиотики (2 г ампициллина плюс 500 мг метронидазола внутривенно или цефазолин 1г. плюс 500 мг метронидазола внутривенно)</li> <li>• Использую стерильные перчатки для ручного обследования полости матки и обнаружения остатков плаценты , удалю их.</li> </ul>
<p>6. Прошло сорок пять минут после начала лечения г-жи В. Вы только что закончили устранение разрыва шейки матки г-жи В. Ее артериальное давление 96/60, частота пульса 100 ударов в минуту, частота дыхания 24 вдоха в минуту. Она спокойно отдыхает.</p> <p>• <i>Что вы будете делать теперь?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Переводит объем внутривенного вливания до 1 литра в течение шести часов.</li> <li>• Продолжает наблюдать за потерей крови.</li> <li>• Продолжает следить за артериальным давлением и пульсом.</li> <li>• Следит, чтобы диурез составлял 30 мл в час или более</li> <li>• Продолжает обычный послеродовой уход, и в том числе кормление грудью ребенка.</li> </ul>



## РАЗБОРЫ И КЛЮЧЕВЫЕ ОТВЕТЫ НА КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ: ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПЕРВИЧНОЙ ОЦЕНКИ И НАЧАЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ

<b>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 4.2</b>	
<b>ИНФОРМАЦИЯ И ВОПРОСЫ, задаваемые преподавателем</b>	<b>КЛЮЧЕВЫЕ РЕАКЦИИ И ДЕЙСТВИЯ, ожидаемые от ученика</b>
<p>1. Г-жа Л., 35 лет, имеет 5 детей. Её муж, рассказавший, что она рожала дома, привез её в больницу. Плацента отделилась легко и сразу после родов, но с тех пор у г-жи Л. «слишком сильное кровотечение». Семья испробовала множество способов, чтобы помочь г-же Л. до того, как привести ее в больницу, но она продолжает обильно истекать кровью.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ваши действия?</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Призвать на помощь и немедленно мобилизовать весь имеющийся персонал</li> <li>• Оказать первичную оценку. Немедленно проводится последовательности действий по мнемонику – АВСДЕ</li> <li>• Немедленно оценить степень тяжести шока г-жи Л., включая основные жизненные показатели организма (температуру, пульс, артериальное давление и частоту дыхания), уровень сознания, цвет и температуру кожи.</li> <li>• Рассказать г-же Л. (и ее мужу) о том, что будет делаться, внимательно их выслушать и отвечать на их вопросы и беспокойства.</li> <li>• Перевернуть г-жу Л. на бок, если она находится в бессознательном или полубессознательном состоянии и проверить проходимость дыхательных путей.</li> </ul>
<p>2. При осмотре вы обнаруживаете, что артериальное давление г-жи Л. 80/50 мм.рт.ст., пульс 140 ударов/мин, частота дыхания 34 вдохов/мин, температура 37° С. Её кожа холодная и покрыта холодным потом, не отвечает на вопросы.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Как вы думаете, что случилось с г-жой Л.?</i></li> <li>• <i>Что вы будете делать сейчас?</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Установить, что г-жа Л. находится в состоянии шока</li> <li>• Попросить одного из сотрудников, пришедшего на помощь, начать внутривенное переливание, используя широкий катетер и физраствор в пропорции 1 л в 15–20 минут</li> <li>• Во время проведения инфузионной терапии взять кровь на соответствующие анализы (гемоглобин, группа крови, ее совместимость, анализ на свертываемость для исключения коагулопатии)</li> <li>• Начать подачу кислорода 6–8 л/мин</li> <li>• Катетеризировать мочевого пузыря</li> <li>• Искать причину шока (гиповолемическую или септическую) путем пальпации матки на плотность и чувствительность, определяя количество потерянной крови</li> <li>• Накрыть г-жу Л., таким образом обеспечивая ее пребывание в тепле</li> <li>• Приподнять ноги</li> </ul>
<p><b>Вопрос обсуждения: Как вы узнаете, что женщина находится в состоянии шока?</b></p>	<p><b>Ожидаемый ответ:</b> Пульс чаще 110 ударов/мин; артериальное систолическое давление менее 90 мм.рт; холодная, потная кожа; бледность; частота дыхания более 30 вдохов/мин; находится в состоянии страха и беспокойства или без сознания</p>

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 4.3: РАЗБОР И КЛЮЧЕВЫЕ ОТВЕТЫ

Г-же А. 20 лет. Два часа назад дома она родила доношенного ребенка. Роды приняла акушерка ФАП, которая и доставила г-жу А. в участковую больницу, поскольку у нее наблюдалось тяжелое послеродовое кровотечение. Роды были нормальными, проходили в течение 12 часов, плацента отделилась через 20 минут после рождения ребенка.

### ОЦЕНКА (История болезни, физический осмотр, процедуры скрининга/лабораторные анализы)

1. Что Вы включите в предварительное обследование состояния г-жи А. и почему?
  - Г-жу А и акушерку необходимо выслушать и сообщить им, какие меры будут приняты. Кроме того, необходимо ответить на их вопросы
  - Необходимо провести быстрое обследование для исключения шока и необходимости в неотложном лечении/реанимации: учащенный, слабый пульс; систолическое артериальное давление ниже, чем 90 мм ртутного столба; бледность; испарина или холодная липкий пот; учащенное дыхание; нарушение сознания. Необходимо также обследовать ее, чтобы выяснить, насколько хорошо сократилась матка, и целы ли плацента и плодные оболочки.
2. Какие именно аспекты медицинского осмотра г-жи А. помогут Вам поставить диагноз и определить ее проблемы/потребности и почему?
  - Необходимо немедленно проверить, сократилась ли матка г-жи А. Если матка сокращена и плотная, наиболее вероятной причиной кровотечения является травма гениталий. Если матка не сокращена и плацента цела, наиболее вероятной причиной кровотечения является гипотония матки. Наиболее важные причины кровотечения могут быть определены пальпацией матки. Если матка не сокращена, необходимо немедленно начать массаж матки.
  - Затем необходимо осторожно обследовать промежность, влагалище и шейку матки г-жи А. и выявить разрывы.
3. Какие рентгенологические процедуры /лабораторные анализы Вы включите (при возможности) в обследование состояния г-жи А. и почему?
  - Никакие на данном этапе.

### ДИАГНОЗ (выявление проблем/потребностей)

Вы провели быстрое обследование состояния г-жи А., основные результаты которого приведены ниже.

- Частота пульса 108 ударов в минуту, артериальное давление 80/60, частота дыхания 24 вдоха в минуту, температура 36.8° С.
- Г-жа А. бледна и покрыта испариной.
- Матка мягкая и не сокращается при массаже дна матки. Наблюдается обильное вагинальное кровотечение ярко-красного цвета.
- Участковый акушер считает, что плацента и плодные оболочки были целы.

4. Исходя из этих данных, каков диагноз г-жи А. и почему?
  - Симптомы и признаки состояния г-жи А. (например, послеродовое кровотечение, мягкая и не сократившаяся матка, шок) убедительно свидетельствуют о гипотонии матки.

### ЛЕЧЕНИЕ (Планирование и Вмешательство)

5. Исходя из поставленного Вами диагноза, каков Ваш план оказания ухода за г-жой А. и почему?
  - Обратитесь за помощью, т.к. необходимо принять одновременно много мер. Г-жу А. **нельзя** оставлять без внимания.
  - Необходимо продолжать массаж матки.
  - Необходимо ввести г-же А. внутримышечно 10 единиц окситоцина для сокращения матки и продолжать массаж матки.
  - Необходимо немедленно вывести г-жу А. из шока:

- Положите ее на бок.
- Убедитесь, что ее дыхательные пути свободны.
- Дайте ей кислород в объеме 6–8 литров в минуту через маску или канюлю.
- Держите ее в тепле.
- Поднимите ей ноги.
- Следите за пульсом, артериальным давлением, частотой дыхания и температурой.
- Начните быстрое внутривенное вливание жидкостей, используя большую иглу (1 литр физиологического раствора в течение 15-20 минут).
- Следите за потреблением и выведением жидкости (необходимо ввести постоянный катетер для контроля за диурезом)
- Если матка не сокращается, необходимо провести ручное обследование с тем, чтобы выявить и удалить остатки плаценты.
- Необходимо взять анализ крови на гемоглобин, группу и совместимость, а также немедленно приготовить кровь для переливания. Необходимо провести анализ крови на свертываемость, чтобы выявить коагулопатию (коагулопатия может быть как причиной, так и следствием обильного послеродового кровотечения).
- Необходимо разъяснить г-же А. меры, принятые для ведения осложнения. Необходимо дать ей возможность высказать свои опасения и тревоги, внимательно выслушать ее, морально поддержать и ободрить ее.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

*Из матки г-жи А. удалено некоторое количество плацентарной ткани. Тем не менее, и через пятнадцать минут после начала лечения наблюдается обильное вагинальное кровотечение. Анализ крови на свертываемость показал, что кровь сворачивается в течение пяти минут. Частота пульса 110 ударов в минуту, артериальное давление 80/60.*

6. Исходя из этих данных, каков Ваш план оказания дальнейшего ухода за г-жой А. и почему?
- Необходимо немедленно приготовить кровь для переливания.
  - Тем временем необходимо немедленно возместить потерю жидкости вливанием лактата Рингера или физиологического раствора.
  - Вторая система для внутривенного вливания должна быть использована для введения 20 единиц окситоцина в 1 литре жидкости со скоростью 60 капель в минуту. В качестве альтернативы можно внутримышечно ввести простагландины.
  - Необходимо провести двуручную компрессию матки или брюшной аорты для остановки кровотечения; компрессию нужно продолжать до остановки кровотечения.
  - Если кровотечение продолжается и после компрессии, необходимо срочно принять меры для транспортировки г-жи А. в районную больницу для проведения перевязки магистральных артерий. Если угрожающее жизни кровотечение не прекращается и после лигирования, необходимо провести надвлагалищную ампутацию или экстирпацию матки.
  - Необходимо разъяснить г-же А. меры, принятые для дальнейшего ведения осложнения. Необходимо дать ей возможность высказать свои опасения и тревоги, внимательно выслушать ее, морально поддержать и ободрить ее.
  - Необходимо поддерживать связь между медицинским центром и районной больницей относительно состояния г-жи А., особенно относительно ее здоровья и потребностей после выписки из больницы.

## КОНТРОЛЬНЫЙ СПИСОК 4.1: БИМАНУАЛЬНАЯ КОМПРЕССИЯ МАТКИ

(заполняется преподавателем)

Оцените выполнение каждого этапа или наблюдаемого задания, используя следующую оценочную шкалу:

1. **Наблюдение отсутствует:** Этап или действие не выполнялись участником во время оценки.
2. **Необходимо улучшить:** Этап/действие не были выполнены в соответствии со стандартной процедурой или руководствами.
3. **Удовлетворительное выполнение:** Этап/действие выполнено в соответствии со стандартной процедурой или руководствами.

Участник \_\_\_\_\_

Дата наблюдения \_\_\_\_\_

<b>БИМАНУАЛЬНАЯ КОМПРЕССИЯ МАТКИ</b> (Многие из следующих этапов/действий должны выполняться одновременно)				
ЭТАП/ДЕЙСТВИЕ	СЛУЧАИ			
1. Расскажите женщине о том, что будет происходить, выслушайте ее вопросы и ответьте на них.				
2. Вымойте руки и наденьте стерильные перчатки.				
3. Обработайте наружные половые органы и промежность женщины антисептическим раствором.				
4. Введите одну руку, сжатую в кулак, в передний свод влагалища и надавите на переднюю стенку матки.				
5. Положите другую руку на живот в области дна матки, глубоко надавите на заднюю стенку матки.				
6. Продолжайте сдавливание до остановки кровотечения и сокращения матки.				

**КОНТРОЛЬНЫЙ СПИСОК 4.2: ПРИЖАТИЕ БРЮШНОЙ АОРТЫ**

(заполняется преподавателем)

Оцените выполнение каждого этапа или наблюдаемого задания, используя следующую оценочную шкалу:

- 1. Наблюдение отсутствует:** Этап или действие не выполнялись участником во время оценки.
- 2. Необходимо улучшить:** Этап/действие не были выполнены в соответствии со стандартной процедурой или руководствами.
- 3. Удовлетворительное выполнение:** Этап/действие выполнено в соответствии со стандартной процедурой или руководствами.

Участник \_\_\_\_\_

Дата наблюдения \_\_\_\_\_

<b>ПРИЖАТИЕ БРЮШНОЙ АОРТЫ</b> (Многие из следующих этапов/действий должны выполняться одновременно)				
<b>ЭТАП/ДЕЙСТВИЕ</b>	<b>СЛУЧАИ</b>			
1. Расскажите женщине том, что будет происходить, выслушайте ее и ответьте на вопросы.				
2. Положите сжатый кулак прямо над пупком и слегка справа				
3. Надавите на брюшную аорту непосредственно через переднюю брюшную стенку.				
4. Другой рукой прощупайте пульс на бедренную артерию для определения степени прижатия.				
5. Продолжайте сдавливание до тех пор пока кровотечение не станет контролируемым				

### КОНТРОЛЬНЫЙ СПИСОК 4.3: РУЧНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ И ВЫДЕЛЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ (заполняется преподавателем)

Оцените выполнение каждого этапа или наблюдаемого задания, используя следующую оценочную шкалу:

1. **Наблюдение отсутствует:** Этап или действие не выполнялись участником во время оценки.
2. **Необходимо улучшить:** Этап/действие не были выполнены в соответствии со стандартной процедурой или руководствами.
3. **Удовлетворительное выполнение:** Этап/действие выполнено в соответствии со стандартной процедурой или руководствами.

Участник \_\_\_\_\_

Дата наблюдения \_\_\_\_\_

<b>РУЧНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ И ВЫДЕЛЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ (Многие из следующих этапов/действий должны выполняться одновременно)</b>				
<b>ЭТАП/ДЕЙСТВИЕ</b>	<b>СЛУЧАИ</b>			
1. Сообщите женщине, что будет происходить, выслушайте её и ответьте на вопросы.				
2. Попросите женщину опорожнить мочевой пузырь или катетерируйте его.				
3. Сделайте обезболивание.				
4. Введите профилактическую дозу антибиотика, если это не задерживает оказание помощи				
5. Вымойте руки и наденьте стерильные перчатки. Если доступны, используйте длинные перчатки до локтя.				
6. Захватите пуповину зажимом и осторожно потяните её.				
7. Ввести пальцы одной руки во влагалище и полость матки, следуя по пуповине до места расположения плаценты.				
8. После нахождения плаценты, отпустить пуповину и положить ту же руку на живот для поддержки дна матки через брюшную стенку и произвести контртракцию, чтобы предотвратить выворот матки.				
9. Продвигать пальцы руки в полость матки до тех пор, пока не найдется край плаценты.				
10. Держа пальцы вместе, отделять пилящим движением руки плаценту от стенок матки, расположив при этом ладонь лицом к плаценте.				
11. Медленно двигать ребром ладони вперед-назад равномерными боковыми движениями, до тех пор, пока вся плацента не отделится от стенки матки:				
12. Если плацента не отделяется от стенки матки легкими боковыми движениями пальцев, подозревать приращение плаценты и подготовиться к хирургическому вмешательству.				

<b>РУЧНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ И ВЫДЕЛЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ</b> <b>(Многие из следующих этапов/действий должны выполняться одновременно)</b>				
<b>ЭТАП/ДЕЙСТВИЕ</b>	<b>СЛУЧАИ</b>			
13. Если плацента полностью отделилась: пальпировать изнутри полость матки, чтобы убедиться, что плацентарная ткань полностью отслоена.				
14. Медленно вывести руку из матки вместе с плацентой.				
15. Продолжать проводить контртракцию над лобком, потягивая ее в направлении обратном, которому выводится рука				
16. Делать вспомогательный массаж дна матки, чтобы способствовать сокращению атонической матки.				
17. При необходимости провести пальпирование нижнего сегмента матки изнутри, чтобы исключить дефект, или разрыв матки				
18. Обследуйте материнскую поверхность плаценты, чтобы убедиться, что она цела				

## КОНТРОЛЬНЫЙ СПИСОК 4.4: РУЧНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПОЛОСТИ МАТКИ

(заполняется преподавателем)

Оцените выполнение каждого этапа или наблюдаемого задания, используя следующую оценочную шкалу:

1. **Наблюдение отсутствует:** Этап или действие не выполнялись участником во время оценки.
2. **Необходимо улучшить:** Этап/действие не были выполнены в соответствии со стандартной процедурой или руководствами.
3. **Удовлетворительное выполнение:** Этап/действие выполнено в соответствии со стандартной процедурой или руководствами.

Участник \_\_\_\_\_

Дата наблюдения \_\_\_\_\_

<b>РУЧНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПОЛОСТИ МАТКИ</b> (Многие из следующих этапов/действий должны выполняться одновременно)					
<b>ЭТАП/ДЕЙСТВИЕ</b>	<b>СЛУЧАИ</b>				
1. Рассказать женщине о том, что вы намереваетесь сделать, выслушать и ответить на ее вопросы.					
2. Опорожнить мочевой пузырь при необходимости.					
3. Сделать обезболивание.					
4. Ввести антибиотики для профилактики.					
<b>РУЧНОЕ ВЫДЕЛЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ</b>					
1. Вымыть руки и предплечья и надеть стерильные перчатки, (использовать перчатки до локтя, если таковые имеются в наличии).					
2. Обработать наружные половые органы и промежность антисептическим раствором.					
3. Ввести пальцы одной руки в полость матки и продвигаться до тех пор, пока не достигнете дна матки.					
4. Во время введения и продвижения руки в полости матки, придерживайте второй рукой дно матки.					
5. Кончиками пальцев проверить всю поверхность полости матки начиная от дна матки, затем стенки матки на какие-либо дефекты. Если есть остатки плаценты, осторожно отделите от стенки матки и выведите вместе с рукой.					
6. Продолжать проводить контртракцию в области дна матки, придерживая ее в направлении обратном, которому выводится рука.					
7. Если есть необходимость вывести руку из матки вместе с остатками плаценты, затем снова ввести руку для завершения обследования полости матки, продолжая проводить контртракции через брюшную стенку.					
8. Осторожно проверить нижний сегмент матки на какие-либо дефекты, указывающие на возможный разрыв матки.					
9. Следить за вагинальным кровотечением, измерять жизненные показатели организма женщины и убедиться, что матка хорошо сократилась.					



## АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

### Готовность к оказанию неотложной помощи

1. Ежедневно при приеме - сдаче смены проверить наличие набора лекарственных препаратов и расходных материалов (аптечки) в приемном блоке, в родильном и реанимационном зале и в послеродовом отделении.
2. В родильном отделении должен быть запас свежезамороженной плазмы (СЗП) по всем группам крови.
3. Ответственным по контролю запасов и сроков годности лекарственных препаратов набора является заведующий родильным отделением.
4. Для определения объема кровопотери использовать визуальный метод (иметь в родильном блоке мерную емкость объемом не менее 500 мл) и метод взвешивания пеленок и салфеток.
5. В приемном блоке необходимо иметь функционирующую сигнальную систему (звонок или телефон) для оповещения и вызова специалистов других подразделений - реанимации, лаборатории, родильного блока.
6. При начавшемся кровотечении все меры желательны проводить в условиях развернутой операционной (помощь «на месте» при отдаленности операционной).
7. Для профилактики ранних послеродовых кровотечений рекомендуется предлагать всем роженицам активное ведение III периода родов.
8. Для поддержания постоянной готовности персонала рекомендуется проводить практические занятия 1 раз в 3-4 недели с моделированием ситуации «кровотечение», под контролем руководителя лечебной организации.

### Состав набора:

- Список лекарственных препаратов и расходных материалов
- Алгоритм оказания помощи
- Лекарственные препараты:
  - физиологический раствор (NaCl 0,9%) по 500мл не менее 4 флаконов
  - окситоцин по 5 ЕД - 1мл, не менее 5 ампул
  - энзапрост 5 мг-1 мл, не менее 4 ампул
  - мезопропрост -200 мкг - не менее 5 таблеток
  - средства для обезболивания (наркотические и не наркотические анальгетики-промедол 0,1%-1 мл, кетамин-1 мл)
- Расходные материалы:
  - система для внутривенных вливаний не менее 3 штук
  - система для внутривенных вливаний с фильтром не менее 2 штук
  - шприцы 5, 10, 20 мл не менее 5 штук
  - венозный катетер (вазокан) диаметр 16 - не менее 3 штук
  - пробирка с пробкой для определения время свёртывания крови по Ли-Уайту
  - секундомер
  - лейкопластырь, спирт и вата
  - стерильные перчатки не менее 3 пар
  - воздуховод
  - кислородная подушка (или подводка кислорода)
  - кислородная маска
  - аппарат для измерения АД
  - мочевого катетер

## **АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ**

1. Немедленно обеспечить адекватный венозный доступ путем постановки внутривенного катетера в локтевую вену.
2. Начать инфузию физиологического раствора (NaCl 0,9%- 500 мл) со скоростью 1 литр за 15 минут.
3. Обеспечить экстренный вызов акушера-гинеколога, анестезиолога и лаборанта.
4. Выявить причину
5. Провести наружный массаж матки
6. Установить постоянный катетер в мочевого пузыря.
7. Постоянное наблюдение за показателями АД, пульса, ЧД каждые 15 мин и диуреза каждые 60 мин в качестве критериев адекватной терапии по восполнению ОЦК.
8. Определить группу крови, резус-фактор, уровень гемоглобина.
9. Провести пробы на совместимость.
10. Если плацента не выделилась, провести ручное выделение плаценты. Тщательно осмотрите послед. Если плацента не отделилась, проведите ручное выделение плаценты. Тщательно осмотрите послед.
11. Продолжать непрерывно инфузионную терапию.
12. При гипотоническом кровотечении начать внутривенную инфузию окситоцина 20 ЕД в 1000 мл физиологического раствора со скоростью 35-40 капель в минуту.
13. Измерять объем кровопотери (клинически и количественно).
14. Объем вводимых инфузионных средств должен быть в соответствии 3:1 мл кровопотери. (Например: 1500 мл на 500 кровопотери).
15. В случае недостаточного эффекта сокращения матки, использовать последовательно:
  - 5 мг энзапроста в течение 1 часа внутримышечно или в стенку матки (через переднюю брюшную стенку по белой линии живота, определив контур матки)
  - мизопростол 800-1000 мкг (4-5 таблеток) ректально или сублингвально 200-400 мкг.
16. Провести ручное обследование полости матки на остатки тканей и сгустки крови (стерильные перчатки).
17. Постарайтесь сначала обезболить, но если это невозможно, не откладывайте манипуляцию. Проведите осмотр с помощью зеркал, чтобы проверить родовые пути на разрывы.
18. Определить время свёртывания по Ли-Уайту. Если время свёртывания более 8 минут – обеспечить трансфузию СЗП.
19. Женщину необходимо согреть, растворы должны быть подогреты до 35° С
20. Опустить головной конец кровати пациентки
21. Дать масочный кислород, если возможно
22. Если, несмотря на инфузию 2-3 литров физ. раствора не достигнута стабилизация гемодинамических показателей (20-30 мин) - трансфузия эритроцитарной массы. При низких показателях Hb трансфузия эритроцитарной массы может быть начата раньше.
23. При продолжающемся атоническом кровотечении провести Бимануальную компрессию матки. Если матка сократилась, но кровотечение продолжается, провести компрессию брюшного отдела аорты. При непрекращающемся кровотечении и сохраняющихся признаках гемодинамической нестабильности следует провести немедленную лапаротомию.
24. Пока идет подготовка к операции продолжать проводить компрессию аорты. Пока идет подготовка к операции, продолжать компрессию аорты.
25. После лапаротомии (в случае маточной атонии), до проведения гистерэктомии последовательно применить следующие способы остановки кровотечения: введение 1 мл (5 мг) энзапроста в стенку матки, перевязка маточных сосудов и/или компрессионные швы по Линчу, перевязку подвздошных артерий.

**НИКОГДА НЕ ОСТАВЛЯТЬ ЖЕНЩИНУ ОДНУ!!!**

## Литература

1. The prevention and management of postpartum haemorrhage. In: Organization WH, editor. WHO report of technical working group; 1990; Geneva; 1990.
2. Elbourne DR, Prendiville WJ, Carroli G, Wood J, McDonald S. Prophylactic use of oxytocin in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2001(4):CD001808.
3. Bais JM, Eskes M, Pel M, Bonsel GJ, Bleker OP. Postpartum haemorrhage in nulliparous women: incidence and risk factors in low and high risk women. A Dutch population-based cohort study on standard (> or = 500 ml) and severe (> or = 1000 ml) postpartum haemorrhage. *Eur J ObstetGynecolReprodBiol* 2004;115(2):166-72.
4. Magann EF, Evans S, Chauhan SP, Lanneau G, Fisk AD, Morrison JC. The length of the third stage of labor and the risk of postpartum hemorrhage. *ObstetGynecol* 2005;105(2):290-3.
5. Corwin EJ, Murray-Kolb LE, Beard JL. Low hemoglobin level is a risk factor for postpartum depression. *J Nutr* 2003;133(12):4139-42.
6. Ekeroma AJ, Ansari A, Stirrat GM. Blood transfusion in obstetrics and gynaecology. *Br J ObstetGynaecol* 1997;104(3):278-84.
7. Willis CE, Livingstone V. Infant insufficient milk syndrome associated with maternal postpartum hemorrhage. *J Hum Lact* 1995;11(2):123-6.
8. Sert M, Tetiker T, Kirim S, Kocak M. Clinical report of 28 patients with Sheehan's syndrome. *Endocr J* 2003;50(3):297-301.
9. Reyat F, Deffarges J, Luton D, Blot P, Oury JF, Sibony O. [Severe post-partum hemorrhage: descriptive study at the Robert-Debre Hospital maternity ward]. *J GynecolObstetBiolReprod (Paris)* 2002; 31(4):358-64.
10. Combs CA, Murphy EL, Laros RK, Jr. Factors associated with postpartum hemorrhage with vaginal birth. *ObstetGynecol* 1991;77(1):69-76.
11. Magann EF, Evans S, Hutchinson M, Collins R, Howard BC, Morrison JC. Postpartum hemorrhage after vaginal birth: an analysis of risk factors. *South Med J* 2005;98(4):419-22.
12. Stones RW, Paterson CM, Saunders NJ. Risk factors for major obstetric haemorrhage. *Eur J ObstetGynecolReprodBiol* 1993;48(1):15-8.
13. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2000(2):CD000007.
14. CerianiCernadas JM, Carroli G, Pellegrini L, et al. The effect of timing of cord clamping on neonatal venous hematocrit values and clinical outcome at term: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2006;117(4):e779-86.
15. Chaparro CM, Neufeld LM, TenaAlavez G, Eguia-Liz Cedillo R, Dewey KG. Effect of timing of umbilical cord clamping on iron status in Mexican infants: a randomised controlled trial. *Lancet* 2006;367(9527):1997-2004.
16. van Rheenen P, Brabin BJ. Late umbilical cord-clamping as an intervention for reducing iron deficiency anaemia in term infants in developing and industrialised countries: a systematic review. *Ann Trop Paediatr* 2004;24(1):3-16.
17. Rabe H, Reynolds G, Diaz-Rossello J. Early versus delayed umbilical cord clamping in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2004(4):CD003248.
18. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Engl J Med* 2004;351(25):2581-9.
19. Lalonde A, Daviss BA, Acosta A, Herschderfer K. Postpartum hemorrhage today: ICM/FIGO initiative 2004-2006. *Int J GynaecolObstet* 2006;94(3):243-53.
20. Jackson KW, Jr., Allbert JR, Schemmer GK, Elliot M, Humphrey A, Taylor J. A randomized controlled trial comparing oxytocin administration before and after placental delivery in the prevention of postpartum hemorrhage. *Am J ObstetGynecol* 2001;185(4):873-7.
21. Magann EF, Lanneau GS. Third stage of labor. *ObstetGynecolClin North Am* 2005;32(2):323- 32.

22. Chong YS, Su LL, Arulkumaran S. Current strategies for the prevention of postpartumhaemorrhage in the third stage of labour. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2004;16(2):143-50.
23. Rizvi F, Mackey R, Barrett T, McKenna P, Geary M. Successful reduction of massive postpartumhaemorrhage by use of guidelines and staff education. *Br J Obstet Gynaecol* 2004;111(5):495-8.
24. McDonald S, Abbott JM, Higgins SP. Prophylactic ergometrine-oxytocin versus oxytocin for the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2004(1):CD000201.
25. Gulmezoglu AM, Forna F, Villar J, Hofmeyr GJ. Prostaglandins for prevention of postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev* 2004(1):CD000494.
26. Joy SD, Sanchez-Ramos L, Kaunitz AM. Misoprostol use during the third stage of labor. *Int J Gynaecol Obstet* 2003;82(2):143-52.
27. Derman RJ, Kodkany BS, Goudar SS, et al. Oral misoprostol in preventing postpartumhaemorrhage in resource-poor communities: a randomised controlled trial. *Lancet* 2006;368(9543):1248-53.
28. Oboro VO, Tabowei TO. A randomised controlled trial of misoprostol versus oxytocin in the active management of the third stage of labour. *J Obstet Gynaecol* 2003;23(1):13-6.

**ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ  
ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ**



## МОДУЛЬ 5: ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

### Задачи обучения

- Описать медицинские состояния, которые могут привести к заболеваемости и материнской смертности.
- Сформулировать план для диагностики и лечения.
- Научиться использовать протоколы лечения гипертензивных расстройств во время беременности.

### Подготовка к модулю

- Пересмотрите последние публикации и материалы, базирующиеся на доказательствах, которые касаются гипертензивных расстройств во время беременности
- Убедитесь, что у всех участников есть руководство для участников
- Убедитесь, что клинические случаи и сценарии готовы

#### Структура и продолжительность модуля:

##### *Общая продолжительность – 90 минут*

Активность 1 – Введение. Интерактивная презентация	<b>45 мин</b>
Активность 2 – Работа в малых группах, обсуждение клинических случаев	<b>40 мин</b>
Активность 3 – Заключение	<b>5 мин</b>
	<b>90 мин</b>

### Ключевая информация

- Преэклампсию нельзя предотвратить и не существует эффективного метода лечения этого состояния.
- Единственный эффективный метод лечения преэклампсии - родоразрешение.
- Тактика ведения тяжёлой степени преэклампсии/эклампсии включает контроль артериального давления, предотвращение судорог и роды.
- На данный момент сульфат магния является препаратом выбора при лечении эклампсии; также он эффективен и должен быть использован при тяжёлой преэклампсии для предупреждения судорог.
- Пролонгирование беременности при тяжёлой преэклампсии возможно лишь в исключительных случаях в интересах недоношенного ребёнка.
- Эклампсия/тяжелая преэклампсия не являются абсолютными показаниями к немедленному кесаревому сечению. Рекомендуется сначала стабилизировать состояние пациентки и только после этого проводить родоразрешение.
- Наиболее частые причины смерти при преэклампсии – внутримозговые кровоизлияния, в основном вызванные неадекватным контролем артериального давления, и легочные осложнения, как результат массивной инфузионной терапии после родов, осложнения, связанные с интубацией/экстубацией.
- Строгий контроль артериального давления, предупреждение судорог методом использования сульфата магнезии и ограничение инфузионной терапии являются основными моментами в тактике лечения, направленной на предупреждение развития послеродовых осложнений при тяжёлой преэклампсии.

## АКТИВНОСТЬ 1 – Внтерактивная презентация (40 мин)

Покажите слайд 1 и объясните, что при работе над этим модулем участники будут обсуждать и отрабатывать шаги неотложной помощи женщинам с гипертензивными нарушениями во время беременности.

*В конце лекции участники смогут*

- Описать медицинские состояния, которые могут привести к заболеваемости и материнской смертности.
- Сформулировать план для диагностики и лечения.
- Изучить международные критерии постановки диагноза и классификации артериальной гипертензии при беременности.
- Научиться использовать протоколы ведения случаев гипертонических расстройств во время беременности, основанные на доказательствах.

Покажите **слайд 2, 3, 4** расскажите что эти заболевания развиваются исключительно вследствие беременности. Коротко дайте схему классификации и на определении преэклампсии.

Перейдите к **слайду 5** перечислите факторы риска развития преэклампсии.

Покажите **слайд 6** дайте диагностические критерии преэклампсии легкой степени. Остановитесь на правилах измерения АД.

Покажите **слайд 7** расскажите про ведение преэклампсии легкой степени, также укажите на возможность амбулаторного наблюдения.

Покажите **слайд 8** подробно остановитесь на диагностических критериях тяжелой преэклампсии

Перейдите к **слайду 9** Отметьте, что поражаются множество органных систем. Коротко опишите клинику тяжелой преэклампсии.

Покажите **слайд 10** остановитесь на важности соблюдения основных принципов лечения тяжелой преэклампсии.

Перейдите к **слайду 11** Отметьте что наблюдение за состоянием матери является очень важным. Остановитесь на листе назначений при тяжелой преэклампсии.

Поочередно показывая **слайды 12, 13, 14** остановитесь подробно на противосудорожной терапии. Расскажите об эффективности, расчета дозировки, скорости введения и продолжительности введения сульфата магния. Также расскажите о симптомах передозировки магния сульфата и об его антидоте и способе введения.

Показывая **слайды 15, 16** расскажите про антигипертензивную терапию и применяемые средства.

Покажите **слайды 17, 18** на схеме покажите что, выбор времени и метода родоразрешения зависит от комбинации факторов матери и плода.

Перейдите к **слайду 19** Отметьте что послеродовое наблюдение за состоянием матери является очень важным, так как эклампсия может тоже иметь место в послеродовом периоде, с наибольшим риском развития впервые 48 часов.

Покажите **слайды 20, 21** коротко расскажите про эклампсию и как правильно оказать неотложную помощь.



Покажите **слайды 22, 23** коротко объясните что такое HELLP-синдром, опишите клиническую картину. Клинические проявления HELLP-синдрома различны. Остановитесь на наиболее частых проявлениях HELLP-синдрома.

Покажите **слайды 24, 25** коротко расскажите что одной из наиболее больших трудностей HELLP-синдрома это его длительная дифференциальная диагностика. А лабораторные тесты используются как для диагностики так и как индикатор тяжести HELLP- синдрома. Падение числа тромбоцитов и индикатор гемолиза отражает тяжесть заболевания, и улучшение этих параметров говорит о выздоровлении.

**Слайд 26.** Скажите что лечение HELLP-синдрома проводится по тем же принципам, что и лечение тяжелой преэклампсии:

1. Стабилизация состояния матери,
2. Оценка состояния плода,
3. Определение оптимального времени и выбора метода родоразрешения,
4. Обеспечение постоянного мониторинга.

У женщин с HELLP-синдромом очень важен контроль за кровяным давлением и предотвращение приступа судорог. Необходимо назначить гипотензивные средства - лабеталол или нифедипин. Все женщины должны получать сульфат магния. Вдобавок, следующие принципы специфичны для лечения HELLP-синдрома:

1. Данные некоторых ограниченных рандомизированных исследований говорят о необходимости лечения пациенток с HELLP-синдромом дексаметазоном 10 мг внутривенно каждые 12 часов. Терапия улучшала лабораторные изменения и пролонгировала срок родов, что обеспечивало созревание легочной системы плода и позволяло осуществить перевод в более специализированное учреждение (категория В). терапия может быть назначена антенатально при числе тромбоцитов ниже 100,000 в мм<sup>3</sup> и продолжать после родов до улучшения лабораторных данных.
2. Для коррекции нарушений свертывающей системы крови при остром кровотечении необходимы препараты крови - свежемороженая плазма, тромбоцитарная, эритроцитарная масса. Женщины с числом тромбоцитов более 40,000 в мм<sup>3</sup> не склонны к кровотечению, но если число тромбоцитов ниже 20,000 может потребоваться трансфузия тромбоцитов. Так как нет исследований, касающихся того, когда трансфузия тромбоцитов предпочтительнее, ее можно назначить для профилактики острых кровотечений. Трансфузия тромбоцитарной массы обычно повышает количество на 10,000 мм<sup>3</sup> на единицу и за раз обычно переливается от 6 до 10 единиц.
3. Плазмаферез наиболее разработанный терапевтический метод для женщин, у которых не отмечается улучшение состояния после родов. На основании неконтролируемых исследований, которые показали ограниченный успех, плазмаферез не может быть рекомендован всем женщинам.

**Покажите слайд 27. Подведите итоги.**

Во время беременности может возникнуть множество медицинских трудностей. Ключом к постановке диагноза этих осложнений является клиническая настороженность, совмещенная с необходимыми лабораторными и другими исследованиями. Наиболее частой трудностью в клинике является сохранение баланса в благосостоянии матери и плода при принятии диагностических и лечебных решений.

Спросите, есть ли у участников вопросы. Ответьте на их вопросы.

### **АКТИВНОСТЬ 2 – Работа в малых группах (20 мин)**

- Разделите участников на группы по 5 участников. Каждой группе дайте один клинический случай на отдельном листе бумаги.
- Попросите участников из каждой группы обсудить их клинический случай в течение 10 минут и ответить на следующие вопросы:
  - Какой диагноз у данной женщины? (обоснуйте свой ответ)
  - Какие исследования/анализы следует провести для подтверждения диагноза?
  - Какова тактика лечения в данном случае?
- Попросите участников записать их выводы на листе лекционного блокнота. Затем один участник из каждой группы должен представить результаты работы группы остальным участникам. Попросите участников коротко обосновать предложенные действия.
- Не комментируйте презентацию участников. Если понадобится, задайте несколько вопросов для уточнения ситуации. Объясните, что после презентации вы ещё вернётесь к этим клиническим случаям и детально их обсудите.
- Ролевая игра: Тактика ведения женщин с тяжёлой преэклампсией, а также женщин в послеоперационном периоде с тяжёлой преэклампсией/эклампсией (20 мин)

### **АКТИВНОСТЬ 3 – заключение (5 мин).**

## РАЗБОР И КЛЮЧЕВЫЕ ОТВЕТЫ НА КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ: ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 5.1: РАЗБОР И КЛЮЧЕВЫЕ ОТВЕТЫ

Г-же А. 34 года. Она на 18-й неделе беременности. Она приходила в дородовую клинику неделю назад, когда было обнаружено, что ее диастолическое артериальное давление 100 мм.рт.ст. во время 2 измерений, совершенных с разницей в 4 часа. Г-жа А. говорит, что у нее годами было высокое артериальное давление, которое не снижалось гипотензивными препаратами. Она не знает, каким было ее давление до беременности. Она переехала в район 6 месяцев и поэтому ее медицинская карта отсутствует. Она вернулась в дородовую клинику, как ее и просили, через 1 неделю для контрольного осмотра.

#### ОЦЕНКА (Анамнез, осмотр, процедуры скрининга/лабораторные исследования)

1. Что вы включите в первоначальную оценку г-жи А. и почему?
  - Любезно и уважительно приветствовать г-жу А.
  - Ей нужно рассказать, что вы намереваетесь делать и внимательно ее выслушать. Кроме того, отвечать на ее вопросы нужно в спокойной и подбадривающей манере.
  - Нужно спросить г-жу А. как она себя чувствует, наблюдались ли у нее головные боли, нарушение зрения, боли в верхней части живота со времени ее последнего посещения клиники. Необходимо измерить ее артериальное давление и проверить мочу на белок (протеинурия до 2+ вместе с диастолическим артериальным давлением 90-110 мм.рт до 20-й недели беременности характерны для легкой формы пре-эклампсии на фоне хронической гипертензии).
  - Необходимо получить медицинскую карту г-жи А, чтобы изучить ее
2. Какие особые аспекты физического осмотра г-жи А. помогут вам в постановке диагноза или выявлении ее проблем/нужд и почему?
  - Самым главным аспектом осмотра является измерение артериального давления и определения содержания белка в моче.
  - Необходимо произвести осмотр живота, чтобы определить развитие и состояние плода (в случаях пре-эклампсии/эклампсии плацентарная недостаточность может привести к малому весу новорожденного; существует повышенный риск гипоксии во время анте- и интранатального периодов, а также повышенный риск отслойки плаценты).
3. Какие скрининговые процедуры/лабораторные исследования вы включите в оценку состояния г-жи А. и почему?
  - Как было упомянуто выше, необходимо проверить мочу на белок.

#### ДИАГНОЗ (выявление проблем/потребностей)

Вы закончили оценку состояния г-жи А. и среди основных полученных сведений имеются следующие:

- Диастолическое артериальное давление г-жи А. 100 мм.рт.ст.
  - Анализ ее мочи показал отсутствие белка.
  - Она чувствует себя хорошо, неблагоприятные симптомы отсутствуют (головная боль, нарушение зрения, боли в эпигастральной области).
  - Размер матки соответствует сроку беременности.
  - Получить медицинскую карту г-жи А. оказалось невозможным.
4. На основе этой информации, каков диагноз г-жи А. и почему?
    - Симптомы и признаки у г-жи А. (например, диастолическое артериальное давление 90 мм.рт.ст. до 20 недель беременности и наличие гипертензии в ее анамнезе) соответствуют хронической гипертензии.

### ЛЕЧЕНИЕ (планирование и вмешательство)

5. На основании вашего диагноза, каков ваш план лечения г-жи А. и почему?

- Необходимо проконсультировать г-жу А. о признаках опасности при беременности, в частности об опасностях, связанных с пре-эклампсией/эклампсией (сильная головная боль, нарушение зрения, судороги или потеря сознания) и о необходимости немедленного оказания помощи, при появлении любых из этих признаков.
- Нужно попросить г-жу А. приходить в клинику 1 раз в неделю для измерения артериального давления, анализа мочи и определения состояния плода.
- Ей также нужно рекомендовать высказывать свои беспокойства, внимательно ее слушать и подбадривать.
- В то же время необходимо попытаться найти ее медицинскую карту.
- Лечение г-жи А. на данной стадии не должно включать применение гипотензивных препаратов (Высокое артериальное давление при хронической гипертонии приводит к почечной и плацентарной перфузии. Пониженное давление приводит к заниженной перфузии – артериальное давление не должно быть снижено ниже уровня, который был до беременности. Доказательства того, что агрессивная тактика лечения, направленная на снижение давления до нормального уровня, улучшает исход родов, отсутствуют).
- По необходимости представляется базовое дородовое наблюдение (раннее выявление и лечение проблем, профилактические вмешательства, разработка плана родов/пересмотр, план грудного вскармливания).

### ОЦЕНКА

Г-жа А. Возвращается в дородовую клинику через 1 неделю. Она чувствует себя хорошо и не имеет неблагоприятных симптомов. Ее диастолическое артериальное давление 100 мм.рт.ст. Была получена ее медицинская карта, из которой следует, что ее артериальное давление до беременности было 140/100 мм.рт.ст.

6. На основе этих сведений, каким будет ваш дальнейший план лечения г-жи А. и почему?

- Нужно попросить г-жу А. приходить в клинику каждые 2 недели для измерения артериального давления, исследования мочи и определения состояния плода.
- Необходимо проконсультировать г-жу А. о признаках опасности при беременности, в частности об опасностях, связанных с пре-эклампсией/эклампсией
- Ей также нужно рекомендовать высказывать свои беспокойства, внимательно ее слушать и подбадривать.
- Если диастолическое артериальное давление г-жи А. повысится до 110 мм.рт.ст. или выше, или если систолическое артериальное давление повысится до 160 мм.рт.ст. или выше, ее нужно лечить гипотензивными препаратами.
- Если у нее появится протенинурия, необходимо рассматривать суперпозиционную пре-эклампсию и лечить ее соответственно.
- При необходимости, нужно продолжать дородовое наблюдение.
- При отсутствии осложнений, беременность г-жа А. должна закончиться срочными родами.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 5.2: РАЗБОР И КЛЮЧЕВЫЕ ОТВЕТЫ

Г-же Б. 16 лет. Она на 30-й неделе беременности и 3 раза посещала дородовую клинику. Все данные её обследования при последнем посещении (неделю назад) дородовой клиники находятся в пределах нормы. Тогда было выявлено, что ее артериальное давление 130/90 мм.рт.ст. Анализ мочи показал отсутствие белка. Сердцебиение плода нормальное, плод активный и размеры матки соответствуют сроку беременности. Она пришла сегодня в клинику для контрольного осмотра, как и было положено.

### ОЦЕНКА (История болезни, физический осмотр, процедуры скрининга/лабораторные анализы)

1. Что вы включите в первоначальную оценку г-жи Б. и почему?
  - Любезно и уважительно приветствовать г-жу Б.
  - Ей нужно рассказать, что вы намереваетесь делать и внимательно ее выслушать. Кроме того, отвечать на ее вопросы нужно в спокойной и подбадривающей манере.
  - Нужно спросить г-жу Б., как она себя чувствует, наблюдались ли у нее головные боли, нарушение зрения, боли в эпигастральной области со времени ее последнего посещения клиники.
  - Необходимо спросить у нее, изменялась ли активность плода со времени ее последнего посещения.
  - Нужно измерить ее артериальное давление и взять мочу на анализ белка (наличие протеинурии вместе с диастолическим артериальным давлением выше 90 мм.рт.ст. является признаком пре-эклампсии).
2. Какие особые аспекты физического осмотра г-жи Б. помогут вам в постановке диагноза или выявлении ее проблем/нужд и почему?
  - Необходимо измерить артериальное давление.
  - Нужно произвести осмотр, чтобы проверить развитие плода и прослушать его сердцебиение (в случае пре-эклампсии/эклампсии, плацентарная недостаточность может привести к малому весу новорожденного; существует повышенный риск гипоксии и во время дородового и интранатального периодов, повышенный риск отслойки плаценты).
3. Какие скрининговые процедуры/лабораторные анализы вы включите в оценку состояния г-жи Б. и почему?
  - Как было упомянуто выше, необходимо проверить мочу на белок.

### ДИАГНОЗ (выявление проблем/потребностей)

Вы закончили оценку состояния г-жи Б., и среди основных полученных сведений имеются следующие:

- Артериальное давление г-жи Б. 130/90 мм.рт.ст.. у нее протеинурия 1+.
  - Признаки тяжелой формы пре-эклампсии отсутствуют (головная боль, нарушение зрения, боли в эпигастральной области, судороги или потеря сознания).
  - Плод активный и его сердцебиение нормальное. Матка соответствует сроку беременности.
4. На основе этой информации, каков диагноз г-жи Б. и почему?
    - Симптомы и признаки у г-жи Б. (например, диастолическое артериальное давление 90-110 мм.рт.ст. в 20 недель беременности и протеинурия до 2+) соответствуют легкой форме пре-эклампсии.

### ЛЕЧЕНИЕ (планирование и вмешательство)

5. На основании вашего диагноза, каков ваш план лечения г-жи Б. и почему?
  - Необходимо подбодрить г-жу Б. и проконсультировать ее о признаках опасности, связанных с тяжелой формой пре-эклампсии и эклампсии (сильная головная боль, нарушение зрения, боли в эпигастральной области, судороги или потеря сознания) и о необходимости немедленного обращения за помощью, при появлении любых из этих признаков. Ее необходимо проконсультировать о возможных последствиях гипертонии, вызванной беременностью

- Ей также нужно рекомендовать дополнительный отдых и нормальное питание (ограничение приема соли не рекомендуется, так как это не предотвращает гипертонию, вызванную беременностью).
- Нужно попросить г-жу Б. приходить в клинику 2 раза в неделю для измерения артериального давления, определения анализа мочи и состояния плода.
- Лечение г-жи Б. не должно включать противосудорожные, гипотензивные, седативные препараты и транквилизаторы (данные препараты назначаются при повышении уровня артериального давления и белка в моче).
- По необходимости представляется базовое дородовое наблюдение (раннее выявление и лечение проблем, профилактические вмешательства, разработка плана родов/пересмотр, план грудного вскармливания).
- Ей необходимо рекомендовать планировать роды в больнице.

## ОЦЕНКА

Г-жа Б. посещает дородовую клинику 2 раза в неделю, как положено. Ее артериальное давление остается таким же, у нее до сих пор наблюдается протеинурия 1+, плод развивается нормально. Тем не менее через 4 недели ее артериальное давление 130/110 мм.рт.ст., а протеинурия 2+. У г-жи Б. отсутствуют головные боли, нарушение зрения, боли в эпигастральной области, судороги или потеря сознания, она говорит, что чувствует себя хорошо. Однако, ей очень утомительно доезжать автобусом до клиники 2 раза в неделю для контрольного осмотра и поэтому она хочет посещать клинику 1 раз в неделю.

б. На основе этих сведений, каким будет ваш дальнейший план лечения г-жи Б. и почему?

- Необходимо производить осмотр г-жи Б. 2 раза в неделю, в частности потому, что у нее повышенное артериальное давление и протеинурия. Поскольку данные посещения затруднительны для амбулаторных пациентов, вследствие утомительности поездок на автобусе 2 раза в неделю, ее необходимо принять в районную больницу.
- Нужно объяснить г-же Б. необходимость постоянного наблюдения. В этой связи, нужно рекомендовать ей высказывать свои беспокойства; внимательно выслушать и эмоционально поддержать и подбодрить ее.
- Ее лечение в больнице будет следующим:
  - Нормальное питание
  - Измерять артериальное давление дважды в день
  - Определять белок в моче один раз в день
  - Определять состояние плода дважды в день
  - Не назначать противосудорожных, гипотензивных, седативных препаратов и транквилизаторов
- Если артериальное давление г-жи Б. вернется в норму и ее состояние стабилизируется, ее можно выписать, организовав ее контрольные посещения 2 раза в неделю (например, ей можно будет посещать дородовую клинику один раз в неделю, и другой раз ее может осмотреть патронажная акушерка на дому).
- Если же ее состояние остается без изменений, ее необходимо оставить в больнице и наблюдать, как указано выше.
- Необходимо продолжать базовое дородовое наблюдение, по необходимости.
- Если у г-жи Б. наблюдаются признаки задержки развития плода, необходимо рассмотреть возможность преждевременных родов.
- Если состояние матери и плода стабильное, ей нужно дать возможность самопроизвольно родить через естественные родовые пути без необходимости вакуум экстракции или наложения щипцов.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 5.3: РАЗБОР И КЛЮЧЕВЫЕ ОТВЕТЫ

Г-же С. 23 года. Она на 37-й неделе беременности и посещала дородовую клинику 4 раза. Во время дородовых посещений, последнее из которых было 1 неделю назад, патологических отклонений установлено не было. Ее проконсультировали о признаках опасности и действиях при их возникновении. Муж привел ее в реанимационное отделение районной больницы потому, что с утра у нее сильно болит голова и нарушилось зрение.

### ОЦЕНКА (История болезни, физический осмотр, процедуры скрининга/лабораторные анализы)

1. Что вы включите в первоначальную оценку г-жи С. и почему?
  - Уважительно и любезно приветствовать г-жу С. и ее мужа.
  - Им нужно рассказать, что вы собираетесь сделать; внимательно их выслушать. Кроме того, отвечать на их вопросы нужно в спокойной и подбадривающей манере
  - Необходимо произвести быструю оценку, чтобы определить уровень сознания и артериальное давление. Необходимо также измерить температуру и частоту дыхания. Нужно спросить у г-жи С., как она себя чувствует, когда начались головные боли, нарушение зрения, боли в эпигастральной области, и уменьшилось ли выделение мочи за последние 24 часа..
  - Необходимо сделать анализ мочи г-жи С. на белок.
2. Какие особые аспекты физического осмотра г-жи С. помогут вам в постановке диагноза или выявлении ее проблем/нужд и почему?
  - Нужно проверить повысилось ли артериальное давление и белок в моче г-жи С. (наличие протеинурии вместе с диастолическим артериальным давлением выше 90 мм.рт.ст.. указывают на пре-эклампсию).
  - Необходимо произвести осмотр, чтобы определить состояние плода и прослушать сердцебиение плода (в случае пре-эклампсии/эклампсии плацентарная недостаточность может привести к малому весу новорожденного, повышенному риску гипоксии во время дородового и интранатального периода, повышенному риску отслойки плаценты).
  - Обратит внимание, что диагноз должен быть поставлен быстро в течение нескольких минут.
3. Какие скрининговые процедуры/лабораторные анализы вы включите (если таковые имеются в наличии) в оценку состояния г-жи С. и почему?
  - Как было упомянуто выше, необходимо проверить мочу на белок.

### ДИАГНОЗ (выявление проблем/потребностей)

Вы закончили оценку состояния г-жи С. и среди основных полученных сведений имеются следующие:

- Артериальное давление г-жи С. 160/110 мм.рт.ст., у нее протеинурия 3+.
  - У нее сильная головная боль, которая началась 3 часа назад.
  - Ее зрение нарушилось через 2 часа, после того как у нее заболела голова.
  - Боли в эпигастральной области отсутствуют, у нее не было судорог и она не теряла сознания.
  - Рефлексы нормальные.
  - Плод активный, его сердцебиение нормальное.
  - Размеры матки соответствуют сроку беременности.
4. На основе этой информации, каков диагноз г-жи С. и почему?
    - Симптомы и признаки у г-жи С. (например, диастолическое артериальное давление 110 мм.рт.ст. и выше после 20 недель беременности и протеинурия до 3+) соответствуют тяжелой форме пре-эклампсии.

## ЛЕЧЕНИЕ (планирование и вмешательство)

5. На основании вашего диагноза, каков ваш план лечения г-жи С. и почему?
- Необходимо дать гипотензивный препарат для понижения диастолического давления и удерживать его между 90 мм.рт.ст. и 100 мм.рт.ст. во избежание кровоизлияния в мозг. Можно дать гидралазин, но если его нет, можно использовать лабетолол.
  - Необходимо начать противосудорожную терапию. Можно дать магнезия сульфат для предотвращения и лечения судорог при тяжелой пре-эклампсии и эклампсии, однако, если его нет, можно использовать диазепам.
  - Необходимо подготовить у кровати аппарат для искусственной вентиляции легких (респираторные трубки, отсос, маска и сумка, кислород).
  - До введения в/в препаратов необходимо начать внутривенное вливание физраствора или раствора Рингера
  - Необходимо ввести катетер для контроля выделения мочи и протеинурии (нужно отменить магнезия сульфат, если выделение мочи уменьшилось и стало менее 30 мл/час через 4 часа)
  - Необходимо вести строгую запись диуреза, чтобы удостовериться в отсутствии перегрузки жидкости.
  - Жизненные показатели организма (в частности, артериальное давление, частота дыхания), рефлексы и сердцебиение плода нужно определять каждый час (отменить магнезии сульфат, если частота дыхания снизится ниже 16 вдохов/мин или если отсутствует коленный рефлекс).
  - Ежечасно прослушивать легкие на наличие хрипов, характерных для отека легких.
  - Необходимо сделать анализ свертываемости крови, чтобы исключить коагулопатию (коагулопатия может быть спровоцирована эклампсией).
  - Необходимо разъяснить г-же С. и ее мужу этапы, предпринятые для лечения осложнений. Кроме того, нужно рекомендовать им высказать свои беспокойства, внимательно их выслушать и эмоционально поддержать и подбодрить их

## ОЦЕНКА

Через 2 часа после начала лечения диастолическое давление г-жи С. 100 мм.рт.ст. У нее не было судорог, но сильно болит голова. У нее нет коагулопатии. Однако в течение последних 2 часов выделение мочи уменьшилось до 20 мл/час. Сердцебиение плода колеблется между 120 и 140 уд/мин.

6. На основе этих сведений, каким будет ваш дальнейший план лечения г-жи С. и почему?
- Не повторять дозу магнезии сульфата до тех пор, пока выделение мочи не увеличится до 30 мл/час.
  - Дальнейший план ведения г-жи С.:
    - Если шейка матки зрелая (мягкая, тонкая, частично раскрыта), необходимо вскрыть плодный пузырь и начать родостимуляцию, используя окситоцин или простагландины.
    - Если в течение 24 часов вагинальное родоразрешение не ожидается, при наличии патологического сердцебиения плода (менее 100 или 180 ударов/мин и более) или если шейка матки не зрелая, необходимо произвести кесарево сечение.
  - Продолжать разъяснять г-же С. и ее мужу этапы, предпринятые для лечения осложнений. Кроме того, нужно рекомендовать им высказывать свои беспокойства, внимательно их выслушать и продолжать эмоционально поддерживать и подбодрять их
  - После родов:
    - Продолжать противосудорожную терапию в течение 24 часов.
    - Продолжать давать гипотензивные препараты, если диастолическое давление г-жи С. 110 мм.рт.ст. и выше, а также продолжать контролировать диурез.



## АЛГОРИТМ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

### Готовность к оказанию неотложной помощи

1. Ежедневно при приеме-сдаче смены проверить наличие набора лекарственных препаратов и расходных материалов (аптечки) в приемном блоке, в родильном и реанимационном зале.
2. Ответственным по контролю запасов и сроков годности лекарственных препаратов набора является заведующий родильным отделением.
3. В приемном блоке необходимо иметь функционирующую сигнальную систему (звонок или телефон) для оповещения и вызова специалистов других подразделений - реанимации, лаборатории, родильного блока.
4. Для поддержания постоянной готовности и отработки практических навыков персонала рекомендуется 1 раз в 2 недели проводить практическое занятие с моделированием ситуации - «Тяжелая преэклампсия» и «Эклампсия», «Кровотечение», «Шоковые состояния».

### Состав набора:

- Список лекарственных препаратов
- Тонометр
- Алгоритм оказания помощи
- Лекарственные препараты:
  - магния сульфат 25% по 10 мл не менее 10 ампул
  - раствор NaCl 0,9% в ампулах по 10 мл не менее 10 ампул
  - раствор NaCl 0,9% по 200 мл не менее 2 флаконов
  - клонидин 0,01% по 1 мл не менее 2 ампул
  - нифедипин 10 мг в таблетках
  - допегит (метилдопа) 250 мг в таблетках
  - глюконат кальция 10% по 10 мл, не менее 2 ампул
- Расходные материалы:
  - система для внутривенных вливаний не менее 2 штук,
  - шприцы 20 мл не менее 5 штук, 5 мл - 3 штуки
  - венозный катетер (вазокан) диаметром 0,8 (20 G), не менее 2
  - стерильные перчатки не менее 3 пар
  - лейкопластырь
  - воздуховод
  - спирт, вата, жгут
  - кислородная подушка
  - кислородная маска
  - аппарат для измерения АД
  - мочевого катетер

**ЕСЛИ У ЖЕНЩИНЫ ДИАГНОСТИРОВАНА ТЯЖЁЛАЯ ПРЕЭКЛАМПСИЯ  
НИКОГДА НЕ ОСТАВЛЯТЬ ЖЕНЩИНУ ОДНУ!!!**

1. Немедленно начать магниезальную терапию:
  - Необходимо ввести струйно, очень медленно 20 мл 25% раствора магния сульфата в 2-х шприцах: 10 мл магния сульфата 25% +10 мл физиологического раствора (раствор NaCl 0,9%) в каждом шприце.
  - Продолжить непрерывное введение поддерживающей дозы магния сульфата:
  - 20 мл 25 % магния сульфата развести в 200 мл физиологического раствора. Вводить с использованием стандартной системы для внутривенных инфузий (или вазокана диаметром 0,8, со скоростью 15-20 кап/мин, 40-80 мл в час, 1-2 грамма сухого вещества сульфата магния в час).

2. Если АД после введения нагрузочной дозы магнезии выше 150/100 мм.рт.ст. начать антигипертензивную терапию, под контролем АД (не снижать систолическое АД ниже 140/90 мм. рт. ст.).
  - нифедипин 10 мг по 1 таблетке через 30 минут (максимум 4 таблетки) перорально
- ИЛИ
  - клонидин 1 мл 0,01% раствора развести в 20 мл физиологического раствора, вводить внутривенно медленно (в течение 3-5 минут)
3. Мониторинг АД с целью поддержания уровня умеренной гипертензии (150/100 мм. рт. ст.).
4. Определить уровень протеинурии.
5. Во время магниальной терапии минимум один раз в час ведется наблюдение за коленными рефлексами (коленными рефлексом должны присутствовать), диурезом (не менее 30 мл/час), частотой дыхания (не менее 16 в одну минуту).
6. При появлении признаков передозировки магния сульфата внутривенно ввести 10 мл 10% кальция глюконата в/в медленно.
7. Совместный осмотр врача акушера-гинеколога и реаниматолога для выработки тактики ведения.
8. После постановки диагноза «преэклампсия тяжелой степени» и определения срока беременности тактику ведения пациента проводить в соответствии с требованиями клинического протокола.

## АЛГОРИТМ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЭКЛАМПСИИ

### Готовность к оказанию неотложной помощи

1. Ежедневно при приеме-сдаче смены проверить наличие набора лекарственных препаратов и расходных материалов (аптечки) в приемном блоке, в родильном и реанимационном зале.
2. Ответственным по контролю запасов и сроков годности лекарственных препаратов набора является заведующий родильным отделением.
3. В приемном блоке необходимо иметь функционирующую сигнальную систему (звонок или телефон) для оповещения и вызова специалистов других подразделений: реанимации, лаборатории, родильного блока.
4. Для поддержания постоянной готовности и отработки практических навыков персонала рекомендуется 1 раз в 2 недели проводить практическое занятие с моделированием ситуации - «Тяжелая преэклампсия» и «Эклампсия», «Кровотечение», «Шоковые состояния».

### Состав набора:

- Список лекарственных препаратов и расходных материалов
- Алгоритм оказания помощи
- Лекарственные препараты:
  - магния сульфат 25% по 10 мл не менее 10 ампул
  - раствор NaCl 0,9% в ампулах по 10 мл не менее 10 ампул
  - раствор NaCl 0,9% по 200 мл не менее 2 флаконов
  - клонидин 0,01% по 1 мл не менее 2 ампул
  - нифедипин 10 мг в таблетках
  - допегит (метилдопа) 250 мг в таблетках
  - глюконат кальция 10% по 10 мл, не менее 3 ампул
- Расходные материалы:
  - система для внутривенных вливаний не менее 2 штук,
  - шприцы 20 мл не менее 5 штук
  - венозный катетер (вазокан) диаметром 0,8 (20 G), не менее 2 штук
  - стерильные перчатки не менее 3 пар
  - лейкопластырь
  - воздуховод
  - спирт, вата, жгут
  - кислородная подушка
  - кислородная маска
  - аппарат для измерения АД
  - мочевого катетер

## АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЭКЛАМПСИИ

1. Помощь при эклампсии оказывать «на месте». Уложить на бок, создать возвышенное положение головного конца, фиксировать нижнюю челюсть для предотвращения западения языка.
  2. После окончания приступа обеспечить проходимость дыхательных путей (очистить ротовую полость от слизи и рвотных масс, если таковые имеются).
  3. Вставить воздуховод и обеспечить подачу женщине кислорода (можно через кислородный мешок или мешок Амбу).
  4. Немедленно начать магниезальную терапию:
    - Необходимо ввести струйно, очень медленно 20 мл 25% раствора магния сульфата в 2-х шприцах: 10 мл магния сульфата 25% +10 мл физиологического раствора (раствор NaCl 0,9%) в каждом шприце
    - Продолжить поддерживающую дозу магния сульфата, 20 мл 25 % магния сульфата развести в 200 мл физиологического раствора. Вводить с использованием стандартной системы для внутривенных инфузий или вазокана диаметром 0,8 со скоростью 15-20 кап/мин, 40-80 мл в час, 1-2 грамма сухого вещества магния в час).
  5. Срочно вызвать врача акушера-гинеколога и реаниматолога для выработки тактики ведения.
  6. Если судороги повторились необходимо введение сульфата магния 2 г в/в в течение 5 минут.
  7. Продолжить непрерывное введение магния сульфата:
    - 20 мл 25 % магния сульфата развести в 200 мл физиологического раствора. Вводить с использованием стандартной системы для внутривенных инфузий или вазокана диаметром 0,8 со скоростью 15-20 кап/мин, или 40-80 мл в час (1-2 г в час)
  8. Если АД после введения нагрузочной дозы магнезии выше 150/100 мм.рт.ст. начать антигипертензивную терапию, под контролем АД (не снижать систолическое АД ниже 140/90 мм.рт.ст)
- ИЛИ
- клонидин 1 мл 0,01% раствора развести в 20 мл физиологического раствора, вводить внутривенно медленно (в течение 3-5 минут).
9. После окончания приступа судорог на фоне продолжающейся противосудорожной терапии перевести пациентку в палату/отделение интенсивной терапии.
  10. Во время магниезальной терапии минимум один раз в час наблюдать за коленными рефлексами (должны присутствовать), диурезом (не менее 30 мл/час), частотой дыхания (не менее 16 в одну минуту).
  11. При появлении признаков передозировки магния сульфата внутривенно медленно ввести 10 мл 10% кальция глюконата.
  12. После постановки диагноза «эклампсия» и определения срока беременности тактику ведения пациента проводить в соответствии с требованиями Клинического протокола.

**НИКОГДА НЕ ОСТАВЛЯТЬ ЖЕНЩИНУ ОДНУ!!!**

**РОДРАЗРЕШЕНИЕ ПРИ ПОМОЩИ  
ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИИ**



## МОДУЛЬ 6: РОДРАЗРЕШЕНИЕ ПРИ ПОМОЩИ ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИИ

### Задачи обучения

По окончании работы над модулем участники должны:

1. Знать показания к вакуумной экстракции (извлечению)
2. Обсуждать предпосылки, чтобы использовать вакуумное извлечение. Определить выходные, низкие и средние инструментальные процедуры.
3. Назвать части акушерского вакуумного экстрактора.
4. Продемонстрировать правильное использование вакуумного оборудования на манекене мать - плод.

### Подготовка к модулю

- Обзор современных публикаций и доказательных материалов, относящихся к терапии послеродового кровотечения
- Убедитесь, что все участники имеют Руководство для участника

#### Структура и продолжительность модуля:

**Общая продолжительность – 120 минут**

Активность 1 – Введение. Интерактивная презентация	<b>45 мин</b>
Активность 2 – Демонстрация	<b>20 мин</b>
Активность 3 – Работа в малых группах	<b>45 мин</b>
Активность 4 – Заключение	<b>10 мин</b>
	<b>120 мин</b>

### Ключевая информация

- Качающиеся или боковые движения не должны прикладываться к вакуумному средству, только мягкая тракция по линии родильного канала должна быть использована для того, чтобы исключить родовую травму младенцу.
- Когда используется вакуум, оператор должен приостановить процедуру, если разъединение чашки происходит 3 раза или не было прогресса в 3 последующих тракциях.
- Использование вакуума экстрактора предполагается, что не должно использоваться не больше, чем 20 минут при полном использовании. Пропорция повреждений плода увеличивается значительно между 11 и 20 минутами сравнительно меньше чем 10 минут.

### АКТИВНОСТЬ 1 – Интерактивная презентация (45 мин)

**Покажите Слайд 1,2.** Расскажите о цели и задачах данного модуля и чего должны достигнуть концу лекции слушатели. Помощь при вагинальном родоразрешении, или с помощью вакуумного извлечения, является важным умением при ведении второй стадии родов.

**Покажите Слайд 3. Инструменты.** Мягкие пластиковые чашечные вакуумные экстракторы (Mity Vak, Columbic, Kivi) являются сейчас инструментами выбора предстоящих простых случаях.

**Покажите Слайды 4, 5. Показания и противопоказания для инструментального родоразрешения** могут быть разделены на 2 категории:  
Материнские и плода.

**Слайд 6. Скажите что** должны быть определённые условия прежде чем инструментальное родоразрешение будет предпринято (категория С) это:

1. Затылочное предлежание
2. Полное расширение шейки.

3. Разрыв плодной оболочки.
4. Отсутствие известного выраженного несоответствия размеров
5. Готовность медработника отказаться от процедуры, если она не эффективна

**Перейдите на Слайды 7, 8.** Важной частью условия является, оценка уровня стояния головки в полости малого таза осуществляется по расположению наибольшего размера головки плода к плоскостям таза, особенно к 3 плоскости или по отношению седалищного бугра. Вагинальная оценка уровня стояния головки плода не всегда достоверна, необходимо определять этот уровень также наружно над симфизом.

**Покажите Слайд 9.** Перечислите противопоказания для использования вакуум экстракции

**Слайд 10. Вакуум экстракция- остановитесь на преимуществах**

**Далее покажите Слайд 11. Рассказывайте про саму процедуру вакуум экстракции по шагам.**

1. просить о помощи, обращаться к больному, является ли анестезия соответствующей? Местная анестезия (пудендальная анестезия) при необходимости.
2. мочевого пузыря пустой
3. шейка должна быть полностью расширена
4. определите положение и подумайте о дистоции плечиков

**Покажите Слайд 12. Снова напомните о важности определить позицию головы плода.** Особенно эта трудность определения возрастает во время второй стадии родов, тогда когда развивается родовая опухоль. При определении позиции каждый должен помнить что:

1. Большой родничок больше и образует X
2. Малый родничок меньше и образует Y

**Далее покажите Слайд 13.** Продолжайте рассказывать дальнейшие шаги вакуум–экстракции.

5. оборудование и экстрактор готовы и должны быть под рукой.
6. приложить чашечку под сагиттальным швом в зависимости к малому родничку.

Важно правильно прикладывать чашку на головку плода. Центр чашечки должна быть приложена на расстоянии 3 см от малого родничка и край чашечки должен находиться на уровне малого родничка. Разные исследования показывают, что разъединения мягкой чашки происходят от 28% до 46%. Разъединение мягкой чашки может случиться из-за неправильной техники тракции, несоответствующего давления вакуума, материнской ткани, и если неправильно установлен вакуум, то в последствии способствует разгибанию головы. Повреждение черепа может произойти при внезапном отделении чашки.

**Слайд 14. Показывает варианты неправильных расположений чашечки вакуум-экстрактора**

Разные исследования показывают, что разъединения мягкой чашки происходят от 28% до 46%. Разъединение мягкой чашки может случиться из-за неправильной техники тракции, несоответствующего давления вакуума, материнской ткани, и если неправильно установлен вакуум, то в последствии способствует разгибанию головы Повреждение черепа может произойти при внезапном отделении чашки

**Покажите Слайд 15. Покажите и коротко остановитесь на вакуум-экстракторе КИВИ.**

**Слайды 16, 17, 18, 19. Подробно расскажите о правилах тракции. Шаг 7.** Мягкая тракция. Тракция должна быть в правильной оси, которая совпадает оси родового канала.

Ось тракции является самым адекватным средством достижения прогресса. Самый большой ход произойдет с самой маленькой силой. Качающие движения или боковые не должны быть применены к вакуумному устройству: только устойчивая (равномерная) тракция по линии родового пути должна быть использована, для того что бы исключить родовую травму у новорожденного



(степень доказательств С) Как только голова плода появится под симфизом и начнет вытягиваться, ручка вакуума поднимается почти от горизонтального до почти вертикального. Если стержень согнулся или сила вращения прикладывается, то возможно сломается герметизация вакуума. Как было замечено выше, если чашка не была тщательно приложена над точкой сгиба, возможно, именно поэтому герметизация вакуума могла быть нарушена.

В большинстве случаев тракция должна быть применена только во время схваток. Исключением из этого правила может быть более неотложное состояние, такое как неутешительные тоны сердца плода, где тракция может быть необходима даже без схватки, что бы завершить роды быстро. Это лучше всего достигается при отсутствии тазо-головной диспропорции.

**Покажите Слайд 20. Шаг 8. Когда остановить тракцию**

**8** - остановить тракцию, когда схватка окончена и снизить давление до 10 единиц включая выпускной клапан вакуума. Повторить цикл, когда следующее сокращение начинается.

- остановить процедуру, если у вас было разъединение чашки, «хлопков» 3 раза, или не было прогресса в трех последующих вытягиваний (запомните число 3) (степень доказательств С). В публикуемых контролируемых исследованиях методом слепого отбора, было предложено иметь продолжительность процедуры не более, чем 20 мин. (степень доказательств С)

**Слайд 21. Шаг 9** - уберите вакуумную чашку, когда челюсть прощупывается.

**Слайд 22.** Остановитесь на некоторые недостатки происходят с использованием вакуума.

**Слайды 23, 24. Осложнения вакуум-экстракции.** Скажите, что одним из самых серьезных осложнений, угрожающих жизни ребенка, является подапоневротическая гематома. Это происходит, когда эмиссарные вены повреждены и кровь скапливается в скрытом пространстве между апопневрозом и надкостницей черепа.

Подапоневротическая гематома совершенно отличается от кефалогематомы, которая является сбором крови, которая скапливается под подкостницей кости черепа (обычно париетально) и характерно ограничивается границами черепной кости. Признаки подапоневротической гематомы заключаются в диффузном вздутии головы, которая может деформироваться. Обширное кровоизлияние может даже покрывать роднички, хотя изначально флюктуации можно и не чувствовать. Подапоневротическая гематома может привести к гиповолемическому шоку, поэтому при малейшем подозрении каждому новорожденному ребенку хотя бы каждый час необходимо измерить окружность головы. Также необходимо следить за параметрами свертываемости крови, новорожденному необходимо назначить в/м витамин К. Если накладывается тугая повязка, желательнее следить мозговой кровотоком, используя доплерометрию. Внутричерепное кровотечение (субдуральное, субарахноидальное, внутрижелудочное кровотечение, и внутривисцеральное) может также быть угрозой для жизни. Признаки внутричерепного давления являются судороги, летаргия, асфиксия, выбухания родничка, плохое вскармливание, повышенная раздражительность, брадикардия и шок.

**Перейдите на Слайд 25. Уход после вакуум экстракции.** Как мать, так и младенец должны быть обследованы для выявления родовой травмы.

Локализованные образования на голове или маленькие кефалогематомы держатся от 10 мин до 1 недели, обычно исчезают в течение 24 - 48 часов после рождения. За младенцем должны внимательно наблюдать из-за гипербилирубинемии и подапоневротической гематомы, т.к. имеется наибольшее повышение случаев после экстракции вакуумом.

**Слайд 26. Подведите итог.**

**Спросите есть ли** есть ли у них вопросы/комментарии относительно пройденного материала. Ответьте на вопросы участников.

**АКТИВНОСТЬ 2. Демонстрация (20 мин).** Демонстрация тренерами навыков по учебному руководству по вакуум экстракции.

**АКТИВНОСТЬ 3.** Работа в малых группах (45 мин) работа участников с клиническими сценариями и отработка навыков по учебному руководству по вакуум экстракции. Разделите на группы, в каждой группе должен быть тренер модератор. Пусть каждый участник выполнит все шаги по учебному руководству под контролем другого участника. Тренер модератор при необходимости может еще раз продемонстрировать навыки.

**АКТИВНОСТЬ 4. Заключение**

## КОНТРОЛЬНЫЙ СПИСОК 6.1: РОДРАЗРЕШЕНИЕ ПРИ ПОМОЩИ ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИИ (заполняется преподавателем)

Оцените выполнение каждого этапа или наблюдаемого задания, используя следующую оценочную шкалу:

1. **Наблюдение отсутствует:** Этап или действие не выполнялись участником во время оценки.
2. **Необходимо улучшить:** Этап/действие не были выполнены в соответствии со стандартной процедурой или руководствами.
3. **Удовлетворительное выполнение:** Этап/действие выполнено в соответствии со стандартной процедурой или руководствами.

Участник \_\_\_\_\_

Дата наблюдения \_\_\_\_\_

<b>РОДРАЗРЕШЕНИЕ ПРИ ПОМОЩИ ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИИ</b> (Многие из следующих этапов/действий должны выполняться одновременно)					
ЭТАП/ДЕЙСТВИЕ	СЛУЧАИ				
<b>ПОДГОТОВКА</b>					
1. Подготовьте необходимое оборудование					
2. Сообщите женщине, что будет происходить, выслушайте её и ответьте на вопросы					
3. Получить согласие пациента					
4. Вымойте руки и наденьте стерильные перчатки.					
<b>9 шагов вакуум-экстракции</b>					
1. Позвать на помощь					
2. Опорожненный мочевого пузыря					
3. Оценка шейки – шейка матки полностью открыта					
4. Определить позицию и прогнозируйте дистоцию плечиков					
5. Оборудование и экстрактор готовы. Они должны быть готовы и помощь должна быть под рукой.					
6. Приложить чашечку под сагиттальным швом в зависимости к малому родничку.					
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Центр чашечки должен быть приложен на расстоянии 3 см от малого родничка и край чашечки должен находиться на уровне малого родничка</li> </ul>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Верхушечная часть головки плода вытирается от крови и жидкости, половые губы развернуты и чашечка вводится и устанавливается.</li> </ul>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Палец проводится вокруг чашечки, чтобы быть уверенным, что нет никаких тканей матери внизу чашки.</li> </ul>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Игла манометра должна быть в жёлтой зоне между схватками и в зеленой зоне в течение схваток</li> </ul>					

<b>РОДРАЗРЕШЕНИЕ ПРИ ПОМОЩИ ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИИ (Многие из следующих этапов/действий должны выполняться одновременно)</b>				
<b>ЭТАП/ДЕЙСТВИЕ</b>	<b>СЛУЧАИ</b>			
7. Тракция – Мягкая тракция. Тракция должна быть в правильной оси, которая совпадает оси родового канала.				
▪ Только устойчивая равномерная тракция по линии родового пути				
▪ Тракция только во время схваток				
▪ Как только голова плода появится под симфизом и начнет вытягиваться, ручка вакуума поднимается почти от горизонтального до почти вертикального.				
8. Остановить тракцию когда схватка окончена, снизить давление до 10 ед., включая выпускной клапан				
▪ Повторить цикл, когда следующая схватка начинается				
▪ Остановить процедуру если разъединение чашки произошло 3 раза или нет прогресса в 3-х последующих вытягиваний				
9. Уберите вакуумную чашку, когда челюсть прощупывается				

## Литература

1. Nesbitt, TS. Rural maternity care: new models of access. *Birth*. Sep, 1996;23(3):161-5. Review. PMID: 8924102; UI:7082906. (Level III)
2. Institute of Medicine: The effects of medical professional liability and the delivery of obstetric care. Washington, D.C.: National Academy Press. (Level III)
3. Gupta JK, Nikodem VC. Woman's position during second stage of labour (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software. (Level I)
4. Hodnett, ED. Caregiver support for women during childbirth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software. (Level I)
5. Johanson R, Menon V. Soft versus rigid vacuum extractor cups for assisted vaginal delivery (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 1999. Oxford: Update Software. (Level I)
6. Howell CJ. Epidural vs. non-epidural analgesia for pain relief in labour. In: *The Cochrane Library*, Issue 2000. Oxford: Update Software. (Level I)
7. Carmody F, Grant A, Mutch L, et al. Follow-up of babies delivered in a randomized controlled comparison of vacuum extraction and forceps delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1986;65:763-766. (Level I)
8. Warenski, JC. Managing difficult labor. Avoiding common pitfalls. *Clin Ob Gyn* 1997;40(3):525-32. (Level III)
9. Impey, L and Boylan, P. Active management of labour revisited. *Br J Ob Gyn March*, 1999;106:183-187. (Level III)
10. Operative Vaginal Delivery ACOG Practice Bulletin No. 17. June 2000. American College of Obstetricians and Gynecologists. Washington, D.C.. (Level III)
11. Cunningham FG, MacDonald P, Gant N, et al: Forceps delivery and related techniques. In Cunningham FG, MacDonald P, Grant N (eds): *Williams Obstetrics*, 19th ed. East Norwalk, CT, Appleton and Lange, 1993pp 555–576. (Level III) Nesbitt, TS. Rural maternity care: new models of access. *Birth*. Sep, 1996; 23(3):161-5. Review. PMID: 8924102; UI:97082906. (Level III).
12. Gardella C, et al. The effect of sequential use of vacuum and forceps for assisted vaginal delivery on neonatal and maternal outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185:896-902. (Level II-2)
13. Smith SA et al. Subjaleal hematoma: The need for increases awareness of risk. *J of Family Practice* 1995;569-74. Level III)
14. Vacca, Aldo, *Handbook of Vacuum Extraction in Obstetric Practice* 1997, reprinted in Australia 1999, Page 32. (Level III)
15. Hagadorn-Freathy AS, Yeomans ER, Hankins GD. Validation of the 1988 ACOG forceps classification system. *Obstet Gynecol* 1991;77:356. (Level III)
16. Johanson RB, Menon V J. Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 1999. Oxford: Update Software. (Level I)
17. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, et al: Anal sphincter disruption during vaginal delivery. *N Engl J Med* 1993; 329(26):1905–1911. (Level III)
18. Sultan AH, Johanson RB, Carter JE. Occult anal sphincter trauma following randomized forceps and vacuum delivery. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*. May 1998; 61(2):113-9. (Level III)
19. Wen SW et al. Comparison of maternal and infant outcomes between vacuum extraction and forceps deliveries. *Am J of Epidemiology* 2001;153:103-7. (Level II-2)
20. Bachman J. Forceps delivery [letter]. *J Fam Pract* 1989;29(4):360. (Level III)
21. Bofill JA, Rust OA, Devidas M, Roberts WE, Morrison JC, Martin JN Jr. Neonatal cephalohematoma from vacuum extraction. *Journal of Reproductive Medicine*. Sept, 1997;42(9):565-9. (Level I)
22. Vacca, A. The 'sacral hand wedge': a cause of arrest of descent of the fetal head during vacuum assisted delivery. *BJOG* 2002; 109:1064-65. (Level II-3)
23. Dell D L, Sightler S E, Plauche W C. Soft cup vacuum extraction: a comparison of outlet delivery. *Obstetrics and Gynecology*. 1985;66,624-8. (Level I)

24. Hastie S J, Maclean A B. Comparison of the use of the Silastic obstetric vacuum extractor to Kielland's forceps. *Asia-Oceania Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1986;12,63-8. (Level II-2)
25. Hofmeyr G J, Gobetz L, Sonnendecker E W W, Turner M J. New design rigid and soft vacuum extractor cups: a preliminary comparison of traction forces. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1990;97, 681-5. (Level I)
26. Bofill, JA, Rust OA, Schorr SJ, et. al. A randomized trial of two vacuum extraction techniques. *ObstetGynecol*1997;89:758-62. (Level I)
27. Revah A, Ezra Y, Farine D, Ritchie K. Failed trial of vacuum or forceps—maternal and fetal outcome. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. Jan, 1997;176(1 Pt 1):200-4. (Level III)
28. Bofill et al. A randomized prospective trial of the obstetric forceps versus the M-cup vacuum extractor. *Am J ObstetGynecol* 1996;175:1325-30. (Level I)
29. Teng FY, Sayre JW. Vacuum extraction: does duration predict scalp injury? *Obstetrics & Gynecology*. Feb,1997;89(2):281-5. (Level III)
30. Ezenagu LC, Kakaria R, Bofill JA. Sequential use of instruments at operative vaginal deliver: is it safe? *Am J ObstetGynecol* 1999;180:1446-49. (Level II-2)
31. Burlington, D.B. FDA Public Health Advisory: Need for CAUTION When Using Vacuum Assisted Delivery Devices, May 21, 1998. (Level III)

**ДИСТОЦИЯ  
ПЛЕЧИКОВ ПЛОДА**





## МОДУЛЬ 7: ДИСТОЦИЯ ПЛЕЧИКОВ ПЛОДА

### Задачи обучения

По окончании работы над модулем участники должны:

1. Перечислить факторы риска дистоции плечиков
2. Применять системный подход к лечению дистоции плечиков при помощи мнемонического правила ВОНДИРК
3. Правильно демонстрировать практические приемы лечения дистоции плечиков на манекене матери и плода.

### Подготовка к модулю

- Обзор современных публикаций и доказательных материалов, относящихся к терапии послеродового кровотечения
- Убедитесь, что все участники имеют Руководство для участника

#### Структура и продолжительность модуля:

**Общая продолжительность – 120 минут**

Активность 1 – Введение. Интерактивная презентация	<b>45 мин</b>
Активность 2 – Демонстрация	<b>20 мин</b>
Активность 3 – Работа в малых группах	<b>45 мин</b>
Активность 4 – Заключение	<b>10 мин</b>
	<b>120 мин</b>

### Ключевая информация

Дистоция плечиков обычно ассоциируется с инструментальным влагалищным родоразрешением.

Рекомендуется заранее составить план действий при неотложных ситуациях в родах для данного медицинского учреждения, в плане следует указать всех специалистов, которые войдут в бригаду неотложной помощи. Каждый специалист бригады должен точно знать свою задачу, в такую бригаду следует включить анестезиологов.

Элементы мнемонического правила ВОНДИРК эффективны. Их следует проводить в логическом порядке и без суеты.

В большинстве случаев, прием МакРобертса и давление на надлобковую область оказываются достаточно эффективными и приводят к успешному родоразрешению.

### АКТИВНОСТЬ 1 – Интерактивная презентация (45 мин)

**Слайд 1, 2.** Дайте определение дистоции плечиков - застревание переднего плечика под симфизом лобка матери после рождения головки плода, в этом случае биакромиальный диаметр (ширина плечиков) превышает диаметр выхода из малого таза.

**Покажите Слайд 3.** Коротко остановитесь на частоте. Распространенность дистоции плечиков варьирует в зависимости от веса плода: от 0,3% до 1% при весе плода от 2500 до 4000 г и повышается до 5 - 7% при весе плода от 4000 до 4500 г. Свыше 50% случаев дистоции плечиков встречается при нормальном весе плода и не всегда предсказуемо.

**Покажите Слайд 4.** Перечислите факторы риска дистоции плечиков.

**Перейдите на слайд 5.** Расскажите на характерные осложнения дистоции плечиков. Дайте краткую характеристику параличу Эрба, Кламппе.

**Слайд 6. Подготовительные меры:** В случаях, когда анализ факторов риска в дородовом периоде и в ходе родов позволяет предположить вероятную дистоцию плечиков, целый ряд задач можно решить заранее, путем проведения адекватных подготовительных мероприятий. Основной медицинский персонал следует вызвать заранее, чтобы все необходимые специалисты были наготове.

**Покажите Слайд 7.** Диагноз дистоции плечиков очевиден, если родившаяся головка начинает совершать последовательно повторяющиеся движения, сначала как бы подаваясь вперед, а затем пытаясь втянуться назад, зачастую это называют «признаком черепахи».

**Перейдите на слайд 8.** Скажите что при возникновении дистоции плечиков для оказания неотложной помощи предлагается схема ВОНДИРК - это инструмент, средство, позволяющее создать четкий, структурированный подход к данной неотложной ситуации. При проведении данного ряда приемов строгое следование порядку, согласно мнемоническому правилу ВОНДИРК, не обязательно, гораздо важнее, чтобы манипуляции проводились четко и правильно, в соответствие со сложившейся ситуацией. На каждый прием рекомендуется отводить от 30 до 60 секунд. Хотя, общий промежуток времени в 3- 5 минут кажется очень кратким, его вполне достаточно для проведения всех манипуляций, описываемых мнемоническим правилом ВОНДИРК. Все описанные приемы направлены на выполнение одной из трех основных задач:

1. Увеличение функциональных размеров костного таза.
2. Уменьшение би-акромиального диаметра.
3. Изменение расположения би-акромиального диаметра относительно костного таза.

**Слайд 9.В - Вызов помощи.** Это этап активизации заранее подготовленного на случай неотложной ситуации плана оповещения и вызова в родильный зал группы специалистов с необходимым оборудованием. Если такого, заранее утвержденного плана в данном медучреждении нет, следует просто немедленно вызвать необходимый дополнительный персонал с нужным оборудованием, включая неонатолога для проведения реанимационных мероприятий и анестезиологическую бригаду, чтобы подготовить все на случай наркоза. Даже если старшего медицинского персонала нет на месте, помощь медсестры или акушерки, которые будут точно следовать вашим инструкциям, может быть неоценимой.

### **План действий**

Критически важно, чтобы весь медицинский персонал стационара, привлекаемый на разных стадиях к процессу родовспоможения при дистоции плечиков, четко знал свою роль и обязанности. План действий для конкретного лечебного учреждения разрабатывается так, чтобы роль каждого работника была четко определена. Один человек должен быть назначен руководителем бригады. Для проверки практической эффективности плана действий и его доработки можно провести внутрибольничные «тренировки».

### **Помощь на месте**

Как только диагноз дистоция плечиков поставлен, присутствие в родильной комнате дополнительного персонала приобретает критическое значение. Один из помощников должен отвечать на занесение в медицинскую документацию всех данных о ходе родов и проводимых мероприятиях, за необходимое оборудование и расходные материалы, а также информировать ведущего роды специалиста об истечение определенных интервалов времени. Документирование всех проводимых мероприятий и регистрация времени, затраченного на каждую манипуляцию, очень важно, так как именно на основании этих сведений врач принимает решение о прекращении попыток проведения одного приема или манипуляции и переходе к следующему мероприятию.

### **Дополнительная поддержка**

Предварительный план учреждения должен включать список медперсонала, входящего в группу оказания помощи при данном неотложном состоянии в родах. В такую группу могут войти семейный врач или акушер – гинеколог, педиатр или неонатолог, одна – две медсестры родильного зала – в помощь при проведении манипуляций, медсестра отделения интенсивной терапии новорожденных. При выявлении дистоции плечиков хотя бы один из вышеперечисленных специалистов, обладающих навыками помощи роженице или новорожденному, должен быть вызван в родильный зал немедленно. В крупных медицинских центрах этим специалистом может быть неонатолог, в небольших стационарах – семейный врач, педиатр или акушер-гинеколог. В сельских местностях это может быть врач отделения скорой и неотложной помощи или коллега дежурного врача, вызванный из поликлинического отделения или из дома. Не теряйте время на вызов из дому людей, которым нужно больше, чем несколько минут, чтобы приехать. Используйте тот персонал, который рядом. На случай необходимости наркоза, следует также вызвать анестезиологов.

**Слайд 10. О - оцените необходимость проведения эпизиотомии.** При дистоции плечиков следует оценить необходимость проведения эпизиотомии. Пациентку надо положить так, чтобы ягодичы были на уровне края кровати, чтобы эффективно проводить приемы. Для этого этапа необходимо правильно уложить пациентку. Опорожните мочевой пузырь.

При дистоции плечико заклинено препятствием костного характера, поэтому простое рассечение мягких тканей - эпизиотомия - не приведет к его высвобождению. В связи с тем, что в большинстве случаев для устранения дистоции достаточно провести прием МакРобертса или прием надавливания в надлобковой области, многим женщинам эпизиотомию можно не производить, кроме тех случаев, когда требуется создать дополнительное пространство для рук гинеколога, чтобы он мог войти через влагалище и выполнить внутренний поворот.

**Покажете Слайды 11. Н - Ноги (прием Мак-Робертса).** Простота проведения приема Мак-Робертса и его доказанная эффективность делают этот прием идеальным первым этапом лечения дистоции плечиков. Прием заключается в сгибании тазобедренных суставов матери, так что ее бедра оказываются прижатыми к животу. Прием симулирует позицию сидя на корточках, в которой несколько увеличивается передне - задний диаметр выхода малого таза. Медсестры и присутствующие при родах члены семьи могут помочь роженице принять и удерживать нужную позу. Помощники должны правильно поднять и держать ноги роженицы –по одному помощнику с каждой стороны. Если есть серьезные основания предполагать возможную дистоцию плечиков, желательно обучить роженицу и членов семьи этому приему заранее.

Прием Мак-Робертса кроме того несколько выпрямляет физиологический пояснично- крестцовый лордоз, слегка уплощая внутренний выступ крестца (мыс), который также способствует обструкции плечика. Одновременно этот прием приводит к дополнительному сгибанию спинки плода, что помогает протолкнуть заднее плечико через внутренний выступ крестца (мыс) и позволяет ему проскользнуть в крестцовую впадину. Когда это происходит, заклиненное под симфизом плечико может повернуться. И последнее, в этой позиции направление выталкивающих сил потуг матери перпендикулярно плоскости выхода малого таза. Попытаться вывести плод в этой позиции следует в течение 30-60 секунд.

**Покажете Слайды 12, 13. Д – Давление- Прием давления на надлобковую область.** В течение 30 - 60 сек ассистент осторожно осуществляет дозированное давление в надлобковой области, в то время как принимающий роды врач продолжает осторожные тракции, пытаясь вывести плод. Руками ассистент надавливает над областью расположения переднего плечика. Цель приема - дополнительное приведение плечика, разворот его слегка вперед и проталкивание под симфизом. Проводящий прием ассистент должен стоять с той стороны от матери, куда обращена спинка

плода, в зависимости от позиции плода производится давление. Таким образом, оказываемое давление будет прикладываться к задней оси переднего плечика плода (со стороны спинки) и действовать по направлениям сверху - вниз и направо или налево в зависимости от позиции. Именно надавливание в этих направлениях позволяет дополнительно привести плечико, ротируют вперед и протолкнуть его под симфизом. Принимающий роды врач должен контролировать направление и эффективность прилагаемого ассистентом давления. В начале проведения приема давление должно быть непрерывным, но если это не дает эффекта, можно попробовать качательные движения. Если качательные движения также не помогли вывести плечико из под симфиза, следует немедленно переходить к проведению следующего приема. Давление на область дна матки ни в коем случае не должно применяться, так как оно может только ухудшить ситуацию, усилив вклинение плечика и травмировав мать или ребенка.

Считается, что изолированное проведение приема Мак-Робертса приводит к освобождению заклиненного плечика в более чем 40% всех случаев дистocie плечиков, а в комбинации с приемом надавливания в надлобковой области и/или эпизиотомией можно успешно родоразрешить более 50% случаев (степень доказательств C).

**Покажите Слайд 14. И - Изнутри (1) - внутренние повороты.** Этими приемами пытаются произвести внутренний поворот плода, так чтобы перевести би- акромиальный диаметр в косую плоскость и провести переднее плечико под симфизом матери.

Проводится прием Рубина или винт Вудса. Алан Рубин в 1964 году описал два способа, теперь их иногда называют первым и вторым приемами Рубина. Первый прием Рубина - это 1-2 покачивания плечика плода из стороны в сторону путем надавливающих, толкающих движений в надлобковой области матери. Это прием надавливания в надлобковой области, входящий в мнемоническое правило ВОНДИРК (Н) и описанный выше.

Второй прием Рубина состоит в том, что врач вводит пальцы одной руки вагинально со стороны задней поверхности переднего плечика и пытается столкнуть плечико вперед и в сторону грудной клетки плода. Цель данного приема - привести плечико и как бы уменьшить диаметр плечевого пояса плода. Этот прием можно проводить одновременно с приемом Мак-Робертса, что повышает его эффективность.

**Слайд 15. И - Изнутри (2) - внутренние повороты.** Если описанные выше приемы не дают результата, следует перейти к сочетанию Винта Вудса со вторым приемом Рубина. Впервые описанный доктором Вудсом в 1943 г. этот прием предлагает врачу ввести во влагалище роженицы пальцы второй руки, подойдя к заднему плечу плода спереди (со стороны груди), и попытаться развернуть заднее плечико в сторону симфиза, как бы дополняя прием Рубин II. Таким образом, при проведении этого сочетанного приема 2 пальца врача находятся позади переднего плечика и два пальца другой руки спереди от заднего плечика плода. Рубин II приводит или сгибает только переднее (или только заднее) плечико, тогда как прием Вудса отводит или разгибает заднее плечико. Поэтому сочетание 2-х приемов может быть более эффективным, чем изолированный прием винта Вудса. При выполнении этого приема плечики новорожденного поворачиваются и рождаются, выполняя движение, подобное повороту винта.

Проведение приема винта Вудса зачастую требует широкой эпизиотомии или перинеотомии, чтобы обеспечить врачу возможность ввести вторую руку и подойти к заднему плечу, второй прием Рубина в основном удается провести без эпизиотомии.

**Слайды 16-17. И - Изнутри (3) - внутренние повороты.** Если приемы Рубина или Вудса не эффективны, можно применить обратный винт Вудса. В этом случае рука врача подходит к заднему плечу плода сзади и пытается столкнуть плечико в направлении, противоположном прямому винту Вудса. Собственно говоря, обратный винт Вудса аналогичен второму приему Рубина, выполняемому на заднем плечике. Это ротация ущемленных плечиков плода относительно костей таза матери из прямой плоскости в косую, что позволяет устранить ущемление и вывести плечики.

В описании этих приемов есть много неясностей, даже ведущие издания в области акушерства допускают разночтения. Проводить эти приемы также очень непросто, особенно когда перед-

нее плечико уже частично прошло и вклинилось под симфиз. Иногда для успешного выполнения приема необходимо слегка вытолкнуть заднее плечико (или иногда переднее плечико) обратно в полость таза.

#### **Слайд 18. Р - Ручка - Рождение задней ручки**

При этом приеме задняя ручка выводится из родовых путей и, таким образом, уменьшается биакромиальный диаметр. При этом плод смещается в крестцовую впадину таза матери, что позволяет переднему плечику освободиться.

Для проведения этого приема врач должен ввести руку глубоко в родовые пути и попытаться нащупать заднюю ручку плода. Иногда ручка оказывается завернутой назад, за спинку плода, тогда ее надо вывести вперед. Нащупав предплечье, врач сгибает ручку плода в локтевом суставе так, чтобы при потягивании ручка выводилась по-над передней стенкой грудной клетки младенца. Ни в коем случае нельзя сразу захватывать и тянуть верхнюю, плечевую часть ручки, это приведет к перелому плечевой кости. Если все сделать правильно, сначала выводится предплечье и кисть задней ручки, затем плечевая часть и затем высвобождается собственно плечо, что резко облегчает и ускоряет завершение родов. Зачастую после выведения ручки плод совершает вращательное движение, подобно штопору. Переднее плечико поворачивается, выходя из-под симфиза, и рождается.

**Слайды 19-20. К - Колени - перевернуть роженицу в коленно-локтевое положение.** “На все четыре” или прием Гаскина - безопасный, быстро осуществимый и эффективный прием, применяемый при дистоции плечиков. Роженица должна повернуться и принять коленно - локтевое положение или встать на четвереньки. Точный механизм, позволяющий приему Гаскина эффективно работать при дистоции плечиков неизвестен. Когда женщина переворачивается из положения лежа на спине в позицию «на все четыре», увеличивается передне-задний размер малого таза. Проведение родов в коленно-локтевом положении или в положении на четвереньках может несколько дезориентировать врача, не имевшего ранее подобного опыта. Производя осторожные тракции книзу, сначала выводят заднее плечико, чему способствуют и силы гравитации. Положение роженицы «на всех четырех» совместимо с выполнением описанных выше интра-вагинальных приемов поворота плода при дистоции плечиков. Как уже говорилось, некоторые медработники могут быть дезориентированы необходимостью принимать роды в таком положении, поэтому всегда стоит помнить некоторые важные подсказки: следует действовать в одном направлении с силой гравитации, поэтому мягкие тракции всегда, сначала направлены книзу, чтобы первым родить то плечико, которое обращено к потолку. Очередность, с которой проводятся вышеописанные приемы, может меняться. Однако, логическая прогрессия прилагаемых усилий необходима, так как это обеспечивает адекватный резерв времени, чтобы попытаться провести каждый прием и добиться успешного родоразрешения. Предполагаемая продолжительность проведения каждого приема также дается в качестве рекомендации. Порядок проведения и продолжительность проведения приемов являются предметом клинического решения в каждом конкретном случае.

Принимающий роды врач должен направлять действия всего присутствующего в родильном зале персонала, подобно тому, как направляется работа реанимационной бригады, например, при остановке сердца и дыхания. Очень важно, чтобы весь персонал точно и четко выполнял указания, чтобы вся бригада работала слажено, подобно единой команде. Медработник, регистрирующий в медицинских документах все производимые манипуляции, должен также отмечать и время. Следить за временем в такой ситуации жизненно важно, если один прием оказывается неэффективным после нескольких попыток, следует, не теряя времени, переходить к проведению другого приема.

**Покажите Слайды 21, 22.** Для ознакомления, скажите что существуют так называемые **крайние меры** – «**Последний Ресурс**» когда правило ВОНДИРК неэффективен. Дайте краткую информацию по слайду.

**Слайд 23. Профилактика.** Существующие на данный момент медицинские публикации по данному вопросу не дают достаточной информации для выработки четких рекомендаций по профилактике дистосии плечиков.

**Слайд 24. Резюме.** Дистосия плечиков является относительно часто встречающимся и опасным осложнением в родах, которое трудно предусмотреть. Почти в 50% случаев дистосии плечиков в родах отсутствовали какие-либо предрасполагающие или предвещающие осложнение факторы. Настороженность в отношении данного осложнения и подготовленность к нему являются ключевыми факторами в успешном лечении дистосии. При наличии подтвержденных факторов риска, принимающий роды специалист обязательно должен прибегнуть к приему «голова- плечо», продолжая приемы выведения плода после рождения головки и не останавливаясь для отсасывания жидкости из ротоглотки младенца, пока не родится переднее плечико. Рекомендуется заранее разработать план для данного медицинского учреждения, оговорив состав лечебной бригады и роль каждого ее члена на случай такого осложнения. Рекомендуемое лечение дистосии плечиков базируется на правиле ВОНДИРК, правило дает опору для запоминания структурированного подхода к действиям в данной кризисной ситуации, что очень важно. Все элементы правила ВОНДИРК эффективны, следует проводить эти приемы в логической последовательности и без ненужной суеты. Для специалиста, который с высокой вероятностью рискует столкнуться с таким неотложным состоянием в своей практике, очень важно заранее попрактиковаться на манекене. Время, отводимое на проведение каждого приема и последовательность проведения приемов – это вопросы, которые определяются конкретной клинической ситуацией и принятым клиническим решением.

**Спросите есть ли** есть ли у них вопросы/комментарии относительно пройденного материала. Ответьте на вопросы участников.

**АКТИВНОСТЬ 2. Демонстрация (20 мин).** Демонстрация тренерами навыков по учебному руководству схемы ВОНДИРК

**АКТИВНОСТЬ 3. Работа в малых группах (45 мин).** Работа с участников с клиническими сценариями и отработка навыков по учебному руководству схемы ВОНДИРК. Пусть каждый участник выполнит все шаги по учебному руководству под контролем другого участника. Тренер модератор при необходимости может еще раз продемонстрировать навыки.

**АКТИВНОСТЬ 4 – Заключение(10 мин).**

## РАЗБОР И КЛЮЧЕВЫЕ ОТВЕТЫ НА КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ДИСТОЦИЯ ПЛЕЧИКОВ ПЛОДА

### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 7.1: РАЗБОР И КЛЮЧЕВЫЕ ОТВЕТЫ

Пациентка В., 35 лет, седьмая беременность, 6 родов. Поступила в районную больницу в активной фазе родов в 10.00 вечера. По показаниям партограммы, прогресс родов хороший. Сейчас 4.00 утра, головка плода только что родилась, но остается плотно охваченной вульвой.

#### ОЦЕНКА (Анамнез, осмотр, процедуры скрининга/лабораторные исследования)

1. Что вы включите в постоянную оценку общего состояния (мониторинг прогресса родов) пациентки В., и почему?
  - Быстро определите, втягивается ли подбородок и опускает ли он промежность. Примените потягивание за головку ребенку для рождения плечика (если имеется дистоция плечика, плечико цепляется за симфиз и не может родиться потягиванием за головку ребенку).
  - Занимаясь этим, быстро сообщите пациентке В., что происходит и что будет сделано (дистоция плечика является тревожным моментом для женщины и для медработника, поэтому важно оставаться спокойным и объяснить происходящее настолько, насколько это возможно, женщине, продолжая с осторожностью оказывать помощь).

#### ДИАГНОЗ (выявление проблем/потребностей)

Немедленная оценка ситуации выявляет следующее:

- Подбородок втягивается и опускает промежность.
  - Потягивание за головку не сопровождается рождением плечика, которое цепляется за симфиз.
2. На основании этих данных, каков диагноз пациентки В., и почему?
    - Выявленные данные согласуются с дистоцией плечиков.

#### ЛЕЧЕНИЕ (планирование и вмешательство)

3. Основываясь на вашем диагнозе, каков ваш план оказания помощи пациентке В., и почему?
  - Мобилизуйте весь персонал
  - В положении пациентки В. на спине, передвиньте ее на конец кушетки и скажите ей прекратить тужиться.
  - Следует подумать о проведении эпизиотомии, что необходимо для уменьшения препятствий со стороны мягких тканей и для высвобождения пространства для манипуляций.
    - опорожнить мочевой пузырь
    - Помогите пациентке В. согнуть оба колена. Попросите двух ассистентов помочь ей согнуть колени, прижимая их к груди (это должно помочь изменить угол симфиза).
    - Осуществите умеренное продолжительное потягивание вниз за головку плода для подведения плечика, которое находится спереди, под симфиз.
    - Одновременно, попросите ассистента надавить в подлобковой области вниз для способствования рождению плечиков.

#### ОЦЕНКА

Прошло несколько минут с момента рождения головки. Никакого дальнейшего прогресса не происходит.

4. Основываясь на этих данных, каков ваш последующий план оказания помощи пациентке В., и почему?
  - Пациентка В. должна оставаться в том же положении (т.е. на спине с хорошо согнутыми бедрами и коленями). Рукой в перчатке следует войти во влагалище и надавить на заднюю часть плечика, которое является передним, по направлению к груди ребенка (для вращения плечика и уменьшения его в диаметре). При необходимости можно надавить также на плечико, которое находится сзади, по направлению к груди.

- При необходимости подойти к заднему плечу спереди, в это время другая рука к переднему плечу сзади - вращает их вместе в том же направлении (Прием винта Вудса - 2 рука).
- Если эта мера не эффективна, подойти к переднему спереди и к заднему плечу сзади, теперь ротация в обратном направлении (Обратный прием винта Вудса).
- Если плечо все еще не родилось, войдите рукой во влагалище и захватите плечевую кость руки, которая находится сзади. Эту руку следует согнуть в локте и провести ее через грудь (это должно высвободить место для плеча, которое находится спереди, для его прохождения над симфизом).
- Если эти меры не эффективны, поверните пациентку В. на четвереньки и освободите заднее плечо
- Все это время следует постоянно подбадривать и успокаивать пациентку В.
- За этим должно следовать активное ведение третьего периода родов (кровопотеря может быть значительной из-за травм, связанных с родами).
- Следует обеспечить пациентке В. немедленный послеродовой уход, включая эмоциональную поддержку и ободрение.
- Если новорожденному нужен специальный уход, следует это предоставить (в родах с дистокцией плечиков может возникнуть асфиксия плода, а травма плечевого сплетения может привести к спинальному параличу Эрба). В противном случае, следует оказать обычный уход для новорожденных, включая контакт «кожа-к-коже» новорожденного с пациенткой А. и поощрение кормления грудью, как только она сможет и когда новорожденный проявит интерес.



**КОНТРОЛЬНЫЙ СПИСОК 7.1: ДИСТОЦИЯ ПЛЕЧИКОВ, СХЕМА «ВОНДИРК»**

(заполняется преподавателем)

Оцените выполнение каждого этапа или наблюдаемого задания, используя следующую оценочную шкалу:

1. **Наблюдение отсутствует:** Этап или действие не выполнялись участником во время оценки.
2. **Необходимо улучшить:** Этап/действие не были выполнены в соответствии со стандартной процедурой или руководствами.
3. **Удовлетворительное выполнение:** Этап/действие выполнено в соответствии со стандартной процедурой или руководствами.

Участник \_\_\_\_\_

Дата наблюдения \_\_\_\_\_

<b>ДИСТОЦИЯ ПЛЕЧИКОВ, СХЕМА «ВОНДИРК»</b> (Многие из следующих этапов/действий должны выполняться одновременно)				
ЭТАП/ДЕЙСТВИЕ	СЛУЧАИ			
<b>ПОДГОТОВКА</b>				
1. Сообщите женщине, что будет происходить, выслушайте её и ответьте на вопросы.				
2. Вымойте руки или наденьте стерильные перчатки. Если доступны, используйте длинные перчатки до локтя.				
<b>СХЕМА «ВОНДИРК»</b>				
<b>1. В – Вызов помощи</b>				
▪ Оpoznавать, ставить диагноз				
▪ Скажите матери прекратить тужиться				
<b>2. О – оценить</b>				
▪ Передвиньте ее на конец кушетки				
▪ Целесообразность эпизиотомии				
▪ Опорожнить мочевой пузырь				
<b>3. Н – ноги - Прием МакРобертса</b> - максимальное сгибание в коленных и тазобедренных суставах				
<b>4. Д– давление</b> - Надавливание в надлобковой области				
<b>5. И – изнутри</b>				
▪ Прием Рубина: Подойти к переднему плечу сзади, оказывать давление для аддукции плеча и ротация до косоного положения. (Заход за переднее плечико)				
▪ Альтернативный прием Рубина: Подойти к заднему плечу сзади, ротация в обратном направлении. (Заход за заднее плечико)				
▪ Прием винта Вудса ( 2 рука). Подойти к заднему плечу спереди, в это время другая рука к переднему плечу сзади- вращает их вместе в том же направлении				

<b>ДИСТОЦИЯ ПЛЕЧИКОВ, СХЕМА «ВОНДИРК» (Многие из следующих этапов/действий должны выполняться одновременно)</b>				
<b>ЭТАП/ДЕЙСТВИЕ</b>	<b>СЛУЧАИ</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Обратный прием винта Вудса – к переднему спереди и к заднему плечу сзади, теперь ротация в обратном направлении</li> </ul>				
<b>6. Р – ручка</b> - низведение задней ручки				
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Продвигайте свою руку глубже, по ходу ручки плода, нащупайте локоть</li> </ul>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Фиксируйте своей рукой верхнюю часть ручки плода</li> </ul>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Осторожно согните ручку плода в локтевом суставе,</li> </ul>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Предплечье плода должно проскользнуть по / над передней грудной стенкой к личику</li> </ul>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Пальцами пройдите по ходу предплечья плода, чтобы найти и захватить кисть его руки.</li> </ul>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Осторожно выведите кисть, затем предплечье и плечо – за счет естественного вращения в плечевом суставе плода.</li> </ul>				
<b>7. К – Колени</b> (коленно-локтевое положение)				
“НЕЛЬЗЯ КРУТИТЬ ГОЛОВКУ И ШЕЮ ПЛОДА”				

## Литература

1. Beall MH., et.al. Objective definition of shoulder dystocia: a prospective evaluation. *Am J ObstetGynecol.* 1998;179:934-37. (Level III)
2. Neilson JP. Symphysis-fundal height measurement in pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 2, 2000.* Oxford: Update Software. (Level I)
3. Johnstone FD, Prescott RJ, Steel JM, et al. Clinical and ultrasound prediction of macrosomia in diabetic pregnancy. *Br J ObstetGynecol* 1996;103:747. (Level III)
4. Bricker L, Neilson JP. Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks gestation) (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 2, 2000.* Oxford: Update Software. (Level I)
5. Gilbert WM, Nesbitt TS, Danielson B. Associated Factors in 1611 cases of brachial plexus injury. *ObstetGynecol* 1999 Apr;93(4):536-40. (Level III)
6. Gherman RB, et al, Symphyseal separation and transient femoral neuropathy associated with the McRobert's maneuver. *AmJObGyn*, March 1998; 178:609-10. (Level III)
7. Gherman RB; Goodwin TM. Shoulder Dystocia; *CurrOpinObstetGynecol* Dec, 1998;10(6):459-63. (Level III)
8. Gherman RB, Ouzonian JG, Goodwin TM. Obstetrical Maneuvers for shoulder dystocia and associated fetal morbidity. *Am J ObstetGynecol*, June 1998;178(6):1126-1130. (Level III)
9. Rouse DJ, Owen J. Goldenberg RL, Cliver SP. The effectiveness and costs of elective cesarean delivery for fetal macrosomia diagnosed by ultrasound. *JAMA* 1996;276:1480-6. (Level III)
10. Boulvain M, Stan C, Irion O. Elective delivery in diabetic pregnant women (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 2, 2000.* Oxford: Update Software. (Level I)
11. Irion O, Boulvain M. Induction of labour for suspected fetal macrosomia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 2, 2000.* Oxford: Update Software. (Level I)
12. Cohen BF, et. al. The incidence and severity of shoulder dystocia correlates with a sonographic measurement of asymmetry in patients with diabetes. 1999;16:197-201 (Level III)
13. Verspyck E, Goffinet F. Hellot MF, et. Al. Newborn shoulder dystocia width: a prospective study of 2222 consecutive measurements. *Br J ObstetGynecol*1999;106:589-93. (Level III)
14. American College of Obstetricians and Gynecologists. Shoulder dystocia. *ACOG Practice Patterns* October, 1997;(7):1-7. (Level III)
15. McFarland et al, Perinatal Outcome and the type of maneuvers in shoulder dystocia. *Int Journal GynecolObstet* 55;219-24,1996. (Level III)
16. Gherman et al. The McRoberts Maneuver for alleviation of shoulder dystocia; how successful is it. *Am J of ObstetGynecol* 1997;176:656-611997. (Level III)
17. Woods CE. A principle of physics as applicable to shoulder delivery *Am J ObstetGynecol* 1943;45:796. (Level III)
18. Ramsey PS, et al. Shoulder dystocia: Rotational maneuvers revisited. *J Reprod Med* 2000;45:85-88. (Level III)
19. Bruner J, et al. All fours maneuver for reducing shoulder dystocia during labor. *Journal of Reproductive Medicine*; 1998;43;5:439-442. (Level III)
20. Borell U and Fendstrom I. A pelvimetric method for the assessment of pelvic moldability. *ActaRadiol*1957a;47:365-370. (Level III)
21. Meenan AL, Gaskin IM, Hunt P, et al. A new (old) maneuver for the management of shoulder dystocia. *J FamPract* 1991;32;625-629. (Level III)
22. Goodwin TM, et. al. Catastrophic shoulder dystocia and emergency symphysiotomy. *Am J ObstetGynecol* 1997;177:463-64. (Level III)
23. Crichton D, Seedat EK. The technique of symphysiotomy. *S African Med J* 1963;37:227-31. (Level III)
24. Management of labor and delivery complications. (in) *Douglas-Stromme Operative Obstetrics*, 5th Edition. Zuspan FP, Quilligan EJ (eds.) Appleton and Lange. Norwalk, Connecticut. Pages 337-8, 1988. (Level III)
25. O'Shaughnessy MJ, Hysterotomy facilitation of the vaginal delivery of the posterior arm in a case of severe shoulder dystocia, *ObstetGynecol* Oct 1998;92 (4 Pt 2):693-5. (Level III)



# **ТАЗОВЫЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ И ВЫПАДЕНИЕ ПУПОВИНЫ**



## МОДУЛЬ 8: ТАЗОВЫЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ И ВЫПАДЕНИЕ ПУПОВИНЫ

### Задачи модуля

- Описать медицинские состояния, которые могут привести к заболеваемости и материнской смертности.
- Сформулировать план для диагностики и лечения.
- Научиться использовать протоколы лечения гипертензивных расстройств во время беременности.

### Подготовка к модулю

- Пересмотрите последние публикации и материалы, базирующиеся на доказательствах, которые касаются гипертензивных расстройств во время беременности
- Убедитесь, что у всех участников есть руководство для участников
- Убедитесь, что клинические случаи и сценарии готовы

#### Структура и продолжительность модуля:

**Общая продолжительность – 90 минут**

Активность 1 – Интерактивная презентация	<b>45 мин</b>
Активность 2 – Работа в малых группах	<b>40 мин</b>
Активность 3 – Заключение	<b>5 мин</b>
	<b>90 мин</b>

### Ключевая информация

Женщине необходимо предоставить информацию о риске и преимуществах для настоящей и будущей беременности при родоразрешении путем запланированного кесарева сечения по сравнению с влагалищным родоразрешением.

Женщине также необходимо предоставить информацию о том, что при запланированном кесаревом сечении снижается перинатальная и ранняя неонатальная смертность по сравнению с запланированным влагалищным родоразрешением.

Тридцать седьмая неделя является наиболее оптимальным сроком для осуществления наружного поворота на головку при тазовом предлежании.

Осуществляя наружный поворот на головку, необходимо предусмотреть развитие возможных осложнений и персонал должен быть в состоянии готовности для осуществления немедленного кесарева сечения.

Перинатальные потери - от 0,5 до 14,3%, т.е. в 3-5 раз выше по сравнению с этим показателем при родах в головном предлежании. Основными причинами перинатальных потерь являются преждевременные роды, врожденные аномалии, родовая травма.

### АКТИВНОСТЬ 1 – Интерактивная презентация (40 мин)

Покажите **слайд 1** и объясните, что при работе над этим модулем участники будут обсуждать и отрабатывать шаги неотложной помощи женщинам при тазовых предлежаниях. Напомните о важности определении членорасположения плода.

Покажите **слайды 2, 3** расскажите о методах диагностики тазовых предлежаний

**Покажите Слайд 4. Можете вкратце остановиться на предрасполагающих факторах.**

**Слайд 5 - 6.** Подробно обсудите диагностику тазовых предлежаний.

Перейдите на **Слайд 7**. Скажите что при антенатальном наблюдении следует обратить внимание на *4 момента* ведения беременности с тазовым предлежанием: *первый* - необходимо установить причину ягодичного предлежания, в чём большую помощь оказывает УЗИ. Следует помнить, что ягодичное предлежание очень часто встречается в ранних сроках беременности и не указывает на патологию, а также не требует обследования для выявления его причины до наступления поздних сроков третьего триместра. Обследование включает УЗИ, направленное на выявление аномалий матки или плода, а также положения плаценты. *Второй* - пациентке можно предложить выполнять специальные упражнения, которые помогут повернуть плод из ягодичного предлежания в головное. *Третий* – не следует забывать о возможности применения наружного краниального поворота. *Четвёртый* – выбор наиболее приемлемого способа родоразрешения.

**Слайд 8.** Скажите, что существуют различные варианты упражнений, которые помогают вывести плод из ягодичного предлежания. Все виды корригирующей гимнастики основаны на изменении тонуса мышц передней брюшной стенки и матки для перевода тазового предлежания в головное. Но в проведенных исследованиях не отметили практически никакой разницы в результатах в группе женщин, которые выполняли упражнения и контрольной группе женщин, которые упражнения не выполняли.

Далее перейдите на **слайды 9, 10, 11, 12, 13** и расскажите о наружном повороте головки (НАП), положительных и отрицательных факторах. Об условиях, противопоказаниях и осложнениях выполнения процедуры (можно показать видеофильм ВОЗ).

Эта недорогая и простая процедура может уменьшить число случаев кесарева сечения.

**Слайд 14.** Наружный поворот головки требует подготовки

- Разрешено присутствие родственника во время процедуры
- Процедуру проводят на голодный желудок
- Пациентка одета в больничную одежду, предварительно необходимо опорожнить мочевой пузырь.
- Перед процедурой необходимо иметь заключение УЗИ, что плод находится в ягодичном предлежании и аномалии плода не наблюдается и исключить предлежание плаценты.
- Исследование биофизического профиля плода или КТГ.
- Согласие пациентки
- Готовность персонала и оборудования, если возникнет необходимость выполнения кесарева сечения.
- Внутривенный доступ.
- Снижение тонуса матки токолитиками.
- Живот покрывают гелем для ультразвукового исследования.

**Слайды 15, 16, 17, 18.** Объясняете технику наружного поворота головки. *Процедура выполняется двумя операторами.*

**Перейдите на Слайд 19.** Остановитесь на моментах когда и каким образом нужно проконтролировать успешность наружного поворота головки. Также когда надо прекратить процедуру.

**Слайд 20.** Расскажите противопоказания к родоразрешению через естественные родовые пути при тазовых предлежании. Необходимо напомнить клинический протокол по тазовому предлежанию.

**Слайды 21, 22, 23. Роды при ягодичном предлежании.** Представляя данную группу слайдов расскажите об особенностях биомеханизма родов. Также важно остановиться на важных клинических моментах течения родов.

Далее, показывая **Слайд 24**, расскажите о приеме Ловсетта, который применяется при запрокидывании ручек.



**Слайд 25. Очень важный момент – это рождение головки.** Напомните механизм рождения головки при тазовом предлежании.

### **Слайд 26. Прием Брахта и Морисе-Левре**

Для предупреждения разгибания головки рекомендуется пособие Брахта, который оказывается ассистентом путем надавливания кулаком над лоном.

**При флексированном положении** головки рекомендована модификация приёма **Морисе-Левре**. В этом приёме главное это ускорить сгибание головки. Одна из рук акушера-гинеколога помещается во влагалище с одним пальцем на затылке плода и по одному пальцу на каждом плечике плода. Другая рука помещается под плодом. В классическом приёме MSV описывается, что палец акушера-гинеколога помещается в ротик плода, но этого делать не рекомендуется, т. к. тракции плода за челюсть могут привести к её дислокации. Как альтернатива этому можно помещать два пальца на верхнюю челюсть. Опытный ассистент должен внимательно следить за продвижением головки быть готовым вовремя **надавить на область над симфизом**, чтобы головка успешно прошла через таз. (пособие Брахта) Затем происходит рождение головки. Головка проходит через таз в согнутом состоянии, благодаря следующим **4 механизмам**: палец акушера-гинеколога, который находится на затылке, оказывает на него давление и сгибает головку; давление ассистента на область выше симфиза; пальцы, находящиеся на области верхней челюсти оказывают давление на нижнюю часть лица, что вызывает сгибание головки. Тельце плода поднято вверх и изогнуто в большую дугу. Мать прodelывает контролируемые сильные потуги.

При появлении ротика и носика в промежности, затем происходит ещё большее сгибание головки и рождается свод черепа. Как только тельце плода появляется на промежности, оно слегка ударяется о живот матери.

Перейдите на **Слайд 27, 28**. Расскажите о выпадении пуповины как неотложное состояние в акушерстве.

### **Слайд 29. Диагностика и профилактика выпадения пуповины**

Быстрая диагностика и своевременные меры могут спасти жизнь плоду. Диагностика выпадения пуповины производится **визуально** или **пальпаторно при непосредственном влагалищном исследовании**.

Покажите **Слайд 30**. Остановитесь на алгоритме оказания неотложной помощи при выпадении пуповины. Обсудите с участниками.

**Слайд 31. Резюме.** При **тазовом предлежании**, необходима совокупность взвешенных решений, может ли вагинальное родоразрешение пройти безопасно. Наружный поворот на головку может предотвратить предлежание ягодицами во время родов. Быстрая диагностика и своевременные меры могут спасти жизнь плоду. Для безопасного родоразрешения женщин с неправильными предлежаниями требуется высокая степень технических навыков и суждений.

### **АКТИВНОСТЬ 2. Демонстрация тренерами навыков по пособию при тазовом предлежании.**

Работа в малых группах (45 мин) работа участников с клиническими сценариями и отработка навыков по учебному руководству по вакуум экстракции. Разделите на группы, в каждой группе должен быть тренер модератор. Пусть каждый участник выполнит все шаги по учебному руководству под контролем другого участника. Тренер модератор при необходимости может еще раз продемонстрировать навыки.

### **АКТИВНОСТЬ 3. Заключение**

## КОНТРОЛЬНЫЙ СПИСОК 8.1: ПОСОБИЕ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

(заполняется преподавателем)

Оцените выполнение каждого этапа или наблюдаемого задания, используя следующую оценочную шкалу:

1. **Наблюдение отсутствует:** Этап или действие не выполнялись участником во время оценки.
2. **Необходимо улучшить:** Этап/действие не были выполнены в соответствии со стандартной процедурой или руководствами.
3. **Удовлетворительное выполнение:** Этап/действие выполнено в соответствии со стандартной процедурой или руководствами.

Участник \_\_\_\_\_

Дата наблюдения \_\_\_\_\_

<b>ПОСОБИЕ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ</b> (Многие из следующих этапов/действий должны выполняться одновременно)				
ЭТАП/ДЕЙСТВИЕ	ДАнные НАБЛЮДЕНИЯ			
1. Сообщите женщине, что будет происходить, выслушайте её и ответьте на вопросы				
2. Уточните тазовое предлежание				
3. Вымойте руки и наденьте стерильные перчатки				
4. Катетеризируйте мочевого пузыря, если необходимо				
<b>Рождение ягодич и ножек</b>				
1. Когда шейка матки будет полностью раскрыта и ягодичи опустятся во влагалище, скажите женщине, чтобы она тужилась во время схваток				
2. Произведите эпизиотомию, если необходимо				
3. Дайте возможность ягодичам рождаться самостоятельно до того момента, как покажется заднее плечико				
4. Осторожно захватите ягодичи одной рукой, но не тяните				
5. Если ножки не рождаются самостоятельно, выведите по очереди каждую ножку, для этого: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ надавите сзади колена для сгибания бедра</li> <li>▪ захватите лодыжку и извлеките стопку и ножку</li> <li>▪ повторите тоже самое для другой ножки</li> </ul>				
6. Захватите новорожденного за бёдра				
<b>Рождение ручек</b>				
7. Если ручки скрещены на груди, дайте им возможность родиться самостоятельно. Помогайте только по необходимости. После самостоятельного рождения первой ручки, поднимите ягодичи вперед к животу матери для того, чтобы дать возможность второй ручке родиться самостоятельно. Если ручка самостоятельно не рождается, положите 1 или 2 пальца на локтевой сгиб и согните ручку, проведя ее вниз через лицо ребенка				

<b>ПОСОБИЕ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ</b> <b>(Многие из следующих этапов/действий должны выполняться одновременно)</b>				
<b>ЭТАП/ДЕЙСТВИЕ</b>	<b>ДАННЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ</b>			
<p>8. Если ручки запрокинуты за головку или расположены вокруг шейки:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ захватите ребенка за бедра и поверните его на пол-оборота, удерживая спинку сверху и одновременно потягивая его вниз, чтобы ручка, которая находилась сзади, стала бы передней и смогла родиться под лонной дугой</li> <li>▪ помогите рождению ручки, положив 1 или 2 пальца на верхнюю ее часть. Опустите ручку вниз через грудь ребенка при согнутом локте с кистью, проведенной через лицо</li> <li>▪ для рождения второй ручки поверните ребенка назад на пол-оборота, удерживая спинку сверху, и, потягивая его вниз, высвободите вторую ручку тем же путем из-под лонного сочленения</li> </ul>				
<p>9. Если повернуть тело новорожденного так, чтобы родилась передняя ручка, не удаётся, выведите сначала заднюю ручку</p>				
<b>Рождение головки</b>				
<p>10. Извлеките головку, используя приём Морисо-Левре:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ положите тело ребенка лицом вниз поверх вашей ладони и предплечья</li> <li>▪ положите указательный и безымянный палец этой руки на скуловые кости ребенка, а средний палец – в рот, отведите нижнюю челюсть вниз и согните головку</li> <li>▪ используйте другую руку для захвата плечиков ребенка</li> <li>▪ двумя пальцами верхней руки осторожно согните головку ребенка по направлению к груди, пока приложенное снизу давление на челюсть не выведет головку плода вниз до появления границы волосистой части лба</li> <li>▪ осторожно потяните для рождения головки</li> </ul> <p><b>ПОПРОСИТЕ АССИСТЕНТА НАДАВИТЬ НАД ЛОНОМ МАТЕРИ, ЧТО ПОМОЖЕТ УДЕРЖАТЬ ГОЛОВКУ РЕБЕНКА СОГНУТОЙ</b></p>				



**НЕПРАВИЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ПРЕДЛЕЖАНИЯ.  
МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ**



## МОДУЛЬ 9: НЕПРАВИЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ПРЕДЛЕЖАНИЯ. МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

### Задачи обучения

1. Определить разновидности неправильных предлежаний плода
2. Перечислить осложнения, связанные с различными неправильными предлежаниями
3. Знать критерии выбора и ведение родов при неправильных предлежаниях
4. Знать ведение родов при многоплодной беременности

### Подготовка к модулю

- Обзор современных публикаций и доказательных материалов, относящихся к ведению родов при неправильных предлежаниях и многоплодной беременности
- Убедитесь, что все участники имеют Руководство для участника

#### Структура и продолжительность модуля:

##### *Общая продолжительность – 120 минут*

Активность 1 – Домашнее задание	<b>30 мин</b>
Активность 2 – Тест	<b>15 мин</b>
Активность 3 – Обсуждение теста	<b>15 мин</b>
	<b>60 мин</b>

### Ключевая информация

Существует шесть типов неправильного предлежания. Некоторые из них распространены (головное предлежание задний вид, ягодичное предлежание) и некоторые из них являются редкими (поперечное предлежание, лобное, лицевое, сложное предлежание). Диагностика проводится с помощью комбинации физикального обследования и методов визуализации. Высокая степень осторожности помогает ставить диагноз. Каждый тип неправильного предлежания имеет свои осложнения.

Вагинальное родоразрешение должно учитываться при четырех из всех шести неправильных предлежаний: головное предлежание задний вид, ягодичное, лицевое, и сложное предлежание. При головном предлежании заднем виде врач имеет несколько выборов для выбора метода родоразрешения.

Многоплодная беременность представляет широкую разновидность специальных проблем для врача.

Материал предоставляется для самостоятельного изучения как домашнее задание в конце первого дня тренинга. На третий день для оценки знаний дается тест для участников, результаты теста обсуждаются в конце дня. Надо дать возможность участникам задать вопросы и ответить на возникшие вопросы.

## ТЕСТ

1. Положение плода это:  
А- это часть плода которое предлежит к родовым путям  
Б- это отношение продольной оси плода к продольной оси матери (матки),  
В- Это отношение положения плода к врачу.
2. Предлежание – это:  
А- часть плода, которая расположена самой первой или «предлежит» к родовым путям.  
Б- это отношение спинки плода к боковым стенкам матки  
В- это отношение продольной оси плода к продольной оси матери
3. Асинклитизм это:  
А. это положение плода, когда латеральный сгиб головки такой, что сагиттальный шов находится не в середине.  
Б. это состояние возникающее при тазовом предлежании плода  
В. Это положение плода, когда спинка плода обращена к левой боковой стенке матки
4. Как лежит плод при родах в заднем виде затылочного предлежания?  
А. лежит затылком, направленным к позвоночному столбу матери, а личико направленно к симфизу или животу.  
Б. плод лежит тазовым концом к родовым путям  
В. Лежит затылком направленном к симфизу, а личиком направленным к позвоночному столбу.
5. Виды тазового предлежания (лишнее убрать):  
А. Чисто ягодичное  
Б. Ножное  
В. Коленное  
Г. Смешанное ягодичное  
Д. Боковое
6. Пособие Брахта используемое в родах при тазовом предлежании плода это:  
А. Надавливание на область над симфизом при прохождении головки плода через таз  
Б. Надавливание на дно матки при рождении плода  
В. Помещение пальца акушера в ротик плода при рождении головки
7. В родах при переднем виде затылочного предлежания ведущей точкой является:  
А. малый родничок  
Б. большой родничок  
В. Переносье
8. В родах при заднем виде затылочного предлежания ведущей точкой является:  
А. малый родничок  
Б. подбородок  
В. Переносье



## Литература

1. Cunningham, MacDonald, Gant, et al (eds). Williams Obstetrics, 20th Edition, 1997; Appleton & Lange, Stamford, CT, Chapter 18: Dystocia – Abnormal presentation, position, and development of the fetus. pp 448-449. (Level III)
2. Cruickshank DP. Malpresentations and Umbilical Cord Complications. In: Danforth's Obstetrics and
3. Gynecology, Sixth edition, Scott JR, DiSaia PJ, Hammond CB, and Spellacy WN (eds); J.B Lippincott Company, 1990. (Level III) 3. Pearl ML, Roberts JM, Laros RK, and Hurd WW. Vaginal delivery from the persistent occiput posterior position. Journal of Reproductive Medicine 1993;38(12):955-960. (Level II-2)
4. Cunningham, MacDonald, Gant, et al (eds). Williams Obstetrics, 20th Edition, 1997; Appleton & Lange, Stamford, CT, Chapter 18: Dystocia – Abnormal presentation, position, and development of the fetus. pp 482-483. (Level III)
5. Scheer K, Nubar J: Variation of fetal presentation with gestational age. Am J Obstet Gynecol 1976;125:269. (Level III)
6. Hofmeyr GJ, Kulier R. Cephalic version by postural management for breech presentation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library Issue 3, 1999. Oxford: Update Software. (Level I)
7. Smith C, Crowther C, Wilkinson C, Pridmore B, and Robinson J. Knee-chest postural management for breech at term: A randomized controlled trial. Birth 1999;26(2):71-75. (Level I)
8. Cunningham, MacDonald, Gant, et al (eds). Williams Obstetrics, 20th Edition, 1997; Appleton & Lange, Stamford, CT, Chapter 18, pp 442-443. (Level III)
9. Hofmeyr GJ, Kulier R. External cephalic version for breech presentation at term (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 1999. Oxford: Update Software. (Level I)
10. External Cephalic Version. ACOG Practice Bulletin, Feb. 2000; No.13:1-6. (Level III)
11. Flamm BL, Fried MW, Lonky NM and Saurenman Giles W. External cephalic version after previous cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol 1991;165(2):370-372. (Level II-2)
12. Hofmeyr GJ. External cephalic version facilitation for breech presentation at term. The Cochrane Library, Issue 1, 2000. Oxford: Update Software. (Level I)
13. Zhang J, Watson AB, and Fortney JA . Efficacy of external cephalic version: A review. Obstetrics & Gynecology 1993;82(2):306-312. (Level III)
14. Danielian PJ, Wang J, and Hall MH. Long term outcome by method of delivery of fetuses in breech presentation at term: Population based follow up. Br Med J 1996;312:1451-1453. (Level II-2)
15. Hofmeyr GJ, Hannah ME. Planned Caesarean section for term breech delivery (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2000. Oxford: Update Software. (Level I)
16. Zatuchni GI, and Andros GJ. Prognostic Index for vaginal delivery in breech presentation at term. Am J Obstet. Gynecol 1965;93:237. (Level III)
17. Hannah, M and others for the Term Breech Trial Collaborative Group. What is the best way to
18. deliver a breech baby? Lancet 2000;356:1375-83. (Level I) 18. The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. SOGC Interim Position on Management of Term Breech. September 27, 2000. (Level III)
19. Special Problems of Multiple Gestation. ACOG Educational Bulletin No. 253, November 1998. page 807. (Level III)
20. Crowther CA: Caesarean delivery for the second twin (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2000. Oxford: Update Software. (Level I)

## КОНТРОЛЬНЫЙ СПИСОК 9.1 ИТОГОВЫЙ ЗАЧЕТ

(заполняется преподавателем)

Оцените выполнение каждого этапа или наблюдаемого задания, используя следующую оценочную шкалу:

1. **Наблюдение отсутствует:** Этап или действие не выполнялись участником во время оценки.
2. **Необходимо улучшить:** Этап/действие не были выполнены в соответствии со стандартной процедурой или руководствами.
3. **Удовлетворительное выполнение:** Этап/действие выполнено в соответствии со стандартной процедурой или руководствами.

Участник \_\_\_\_\_

Дата наблюдения \_\_\_\_\_

ТЯЖЕЛАЯ ПРЕЭКЛАМПСИЯ					
ЭТАП/ЗАДАНИЕ	СЛУЧАИ				
<p><b>Г-же С. 32 года. Она на 38-й неделе беременности и посещала родовую клинику 4 раза. Во время родовых посещений, последнее из которых было 1 неделю назад, патологических отклонений установлено не было. Ее проконсультировали о признаках опасности и действиях при их возникновении. Муж привел ее в роддом потому, что с утра у нее сильно болит голова и нарушилось зрение.</b></p>					
1. Собрать дополнительный анамнез: интенсивность боли, есть ли боли в эпигастральной области, есть ли резкое появление отеков?					
2. Провести быструю оценку: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ измерить артериальное давление</li> <li>▪ измерить температуру</li> <li>▪ отеки на конечностях</li> <li>▪ рефлексы</li> </ul>					
3. Необходимо сделать анализ мочи на белок.					
4. Оценка внутриутробного состояния плода (измерить ВДМ и провести аускультацию сердцебиения плода).					
<p><b>Артериальное давление г-жи С. 160/110 мм.рт.ст., у нее протеинурия 3 гр. У нее сильная головная боль, которая началась 3 часа назад. Ее зрение нарушилось через 2 часа, после того как у нее заболела голова. Боли в эпигастральной области отсутствуют, у нее не было судорог и она не теряла сознания. Рефлексы нормальные. Плод активный, его сердцебиение нормальное. Размеры матки соответствуют сроку беременности.</b></p>					
5. Постановка клинического диагноза.					
6. Начать противосудорожную терапию.					
7. Дать нагрузочную дозу магния сульфата – 20 мл 25% на 20 мл физ. раствора в двух шприцах, в/в медленно, в течение 5 минут.					
8. Продолжать поддерживающую дозу магния сульфата – вв капельно, со скоростью 1-2 г/час, 20 мл 25% магния сульфата в 200 мл изотонического раствора Натрия хлорида.					
9. Дать гипотензивный препарат (нифедипин ретард 20 мг 1-2 раза в сутки или метилдопа 0,25-0,50 г 2-3 раза в сутки ). Удерживать ДАД между 90 мм.рт.ст. и 100 мм.рт.ст.					

ТЯЖЕЛАЯ ПРЕЭКЛАМПСИЯ				
ЭТАП/ЗАДАНИЕ	СЛУЧАИ			
10. Ввести катетер для контроля выделения мочи и протеинурии (нужно отменить магния сульфат, если выделение мочи уменьшилось и стало менее 30 мл/час через 4 часа).				
11. Продолжать непрерывный мониторинг гемодинамических показателей, диуреза и состояния плода.				
12. Сделать анализ крови на свертываемости, гемоглобин, тромбоциты, АЛТ, АСТ, мочевины, креатинин, группа крови.				
<b>Оценка акушерской ситуации: шейка матки зрелая мягкая, тонкая, частично раскрыта, по Бишопу шейка на 7 баллов</b>				
13. Составить план действия: родовозбуждение путем амниотомии, родостимуляция при необходимости				

ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИЯ					
ЭТАП/ЗАДАНИЕ	СЛУЧАИ				
<b>Во время 2-го периода родов ЧСС плода 90 уд. в мин., имеются поздние децелерации на КТГ, головка плода в полости малого таза, стреловидный шов в косом размере.</b>					
1. Распознать что есть необходимость (показания) в родоразрешении путём вакуум-экстракции.					
2. Проверить условия для наложения вакуум-экстракции: опорожненный мочевой пузырь, полное раскрытие шейки матки, головка плода не выше 2/5, затылочное предлежание, отсутствие плодного пузыря,					
3. Катетеризировать мочевой пузырь, если необходимо.					
4. Позвать на помощь.					
5. Произвести эпизиотомию, если есть необходимость.					
6. Проверить, что все оборудование для вакуум-экстракции работает исправно.					
7. Наложить чашечку соответствующего размера так, чтобы центр чашечки располагался над точкой сгибания, на 1 см впереди от малого родничка.					
8. Проверить, как наложена чашечка, и нет ли мягких тканей родовых путей между краями чашечки.					
9. С помощью вакуума создать отрицательное давление и проверьте, как прилегает чашечка, при давлении до 0,2кг/смх2. увеличить это давление до 0,8кг/смх2.					
10. Нагнетать максимум вакуума и затем проведите тракцию. Тракция должна совпадать с биомеханизмом родов по оси таза.					
11. Проводить тракции вместе с потугами, перпендикулярно плоскости чашечки и определяйте продвижение темени, держа свой палец на головке плода сразу за чашечкой.					
12. Мониторинг за сердцебиением плода между потугами.					
13. Продолжать тракции, только во время схваток максимум в течении 20 минут, до того когда головка родится до уровня нижней челюсти.					
14. При отсутствии движения головки после 3-х попыток или при 3-х кратном соскальзывании чашечки и если роды не произошли в течение 20 мин, прекратить дальнейшие тракции и пересмотреть план ведения родов.					

<b>ДИСТОЦИЯ ПЛЕЧИКОВ</b>					
<b>ЭТАП/ЗАДАНИЕ</b>	<b>СЛУЧАИ</b>				
<b>Головка плода только что родилась, но остается плотно охваченной вульвой. Подбородок втягивается и опускает промежность. Потягивание за головку не сопровождается рождением плечика, которое цепляется за симфиз.</b>					
1. Позвать на помощь.					
2. Сделать обезболивание и провести достаточно широкую эпизиотомию, если ранее она не была произведена.					
3. В положении женщины на спине попросить ее согнуть оба бедра, приведя колени как можно ближе к груди.					
4. Во время легкого подтягивания плода попросить ассистента надавить на надлобковую область сзади на перед со стороны спинки плода, для того, чтобы способствовать рождению плечика.					
5. Если плечико не родилось, ввести руку во влагалище и надавить на заднюю часть переднего плечика по направлению к груди плода для вращения плечика и уменьшения его в диаметре.					
6. Если и это безуспешно, введите левую руку во влагалище сзади, захватите и надавите на заднее плечо по направлению к груди.					
7. При отсутствии прогресса – проведите поворот плечиков винтообразными движениями в обратном направлении.					
8. Если плечики не рождаются, захватить заднее плечико, согнуть его в локте, провести через грудь и освободить заднее плечико.					
9. Если описанные выше меры не эффективны, повернуть роженицу на четвереньки и освободить заднее плечико.					
10. Завершить рождение плода и плаценты.					
11. Предоставить немедленно послеродовую помощь (ушить эпизиотомию) или помощь новорожденному при необходимости.					

ПОСЛЕРОДОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ					
ЭТАП/ЗАДАНИЕ	СЛУЧАИ				
Через 15 минут после родов Г-жа С. жалуется, что ощущает слабость и головокружение. Матка при пальпации мягкая, увеличена в размерах. Область промежности – большая лужа свежей крови, и продолжает активно кровить (500 мл). Жизненные показатели: АД 80/40, ЧСС 120, ЧД 26. Кровотечение продолжается.					
1. Позвать на помощь (ургентный врач, анестезиолог, лаборант, трансфузиолог).					
2. Провести наружный массаж матки, и одновременно начать введение кристаллоидных растворов в/в – использовать сосудистый катетер большого диаметра (18 или 16) в две вены.					
3. Большая скорость инфузии - 1 литр за 15 мин.					
4. Добавить окситоцин в одну из бутылок с инфузионным раствором - 20-30 Ед в 1л физраствора, со скоростью 60 капель/мин.					
5. Измерить количество потерянной крови.					
6. Катетеризация мочевого пузыря.					
7. АД и пульс, диурез регулярно измерять и записывать – не реже, чем каждые 15 минут.					
8. Последовательное введение утеротоников, при отсутствии эффекта от окситоцина. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Простагландин (энзопрост 0.25мг в/м и повторять каждые 15 минут, всего 8 доз) или</li> <li>▪ (мизопростол/цитотек таблетки по 200 мкг – 4-5 таблеток однократно ректально.</li> </ul>					
9. Провести осмотр родовых путей на целостность					
10. Взять кровь на прикроватный тест по Ли-Уайту					
Начать сдавление брюшной аорты. <i>Положить кулак прямо над пупком, слегка вправо (справа для медработника, слева у пациентки).</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Прямо через брюшную стенку надавить на брюшную аорту. Другой рукой нащупать пульс на бедренной артерии, чтобы проверить эффективность сжатия: если пульс ощущается при пальпации, сдавливание недостаточно если пульс не ощущается при пальпации, сдавливание достаточно.</li> </ul> <i>Продолжать сдавливание пока кровотечение не прекратится.</i>					
Произвести бимануальную компрессию матки: <i>Ввести одну руку во влагалище и сжать ее в кулак.</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Расположить кулак в переднем своде влагалища и надавить на переднюю стенку матки.</li> <li>▪ Положить другую руку на живот в области дна матки</li> <li>▪ Глубоко надавить рукой на живот, на заднюю стенку матки.</li> </ul> <i>Продолжать компрессию пока кровотечение не станет контролируемым и матка не сократится</i>					
11. Ручное обследование полости матки под обезболиванием в стерильных перчатках					
12. Следить за вагинальным кровотечением					
<b>Продолжающееся кровотечение с клиническими признаками гемодинамической нестабильности как: бледность, тахикардия, тошнота, рвота. Объем кровопотери 1100 мл</b>					
13. Решить вопрос о гемотрансфузии и хирургическом гемостазе					

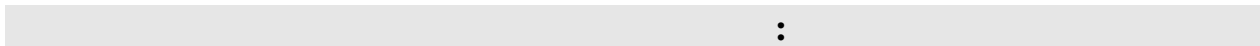
ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКОМ ШОКЕ					
ЭТАП/ЗАДАНИЕ	СЛУЧАИ				
<b>Домашние роды. АД – 60/ 20, Пульс 126 ударов в минуту, сознание заторможенное, кожа бледная.</b>					
1. А – контроль дыхательных путей					
2. В - Оценка дыхания (Вижу, слышу, ощущаю)					
3. Дать кислород через маску 4-6 л\м.					
4. Пациентку уложить в положение Тредленбурга и /или Повернуть на левый бок с упором спины на валик для снижения риска аспирации и поддержания проходимости дых. путей.					
5. С – Проверить наличие пульса					
<b>Не пальпируется на запястье, слабо на сонной артерии; 126 уд. в минуту</b>					
6. Проверить цвет, температуру и влажность кожи, капиллярное наполнение.					
<b>7. D – Присвоить значение В, Г, Б, О,</b>					
<b>Действия при шоке.</b>					
8. Согреть - не перегреть.					
9. Продолжить внутривенное введение жидкости – 1 литр за 15-20 минут.					
10. Каждые 15 минут контроль функций – дыхание, АД, пульс и температура тела.					
11. Взять анализ группа крови и тип. Контролировать анализы в динамике– ОАК, коагулограмма.					
12. Решение вопроса об ИВЛ и постановке диагноза.					



**81.4**



- .



- - ,

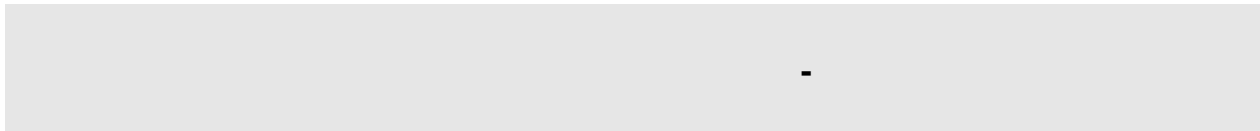
- .

2 - ,

, . . . « ».

2 , , 2  
( ' ) 2,4,7 .

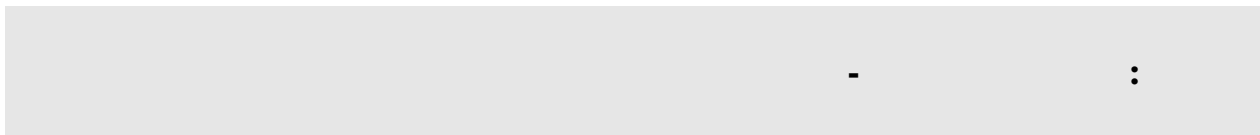
( ) 1,7,15



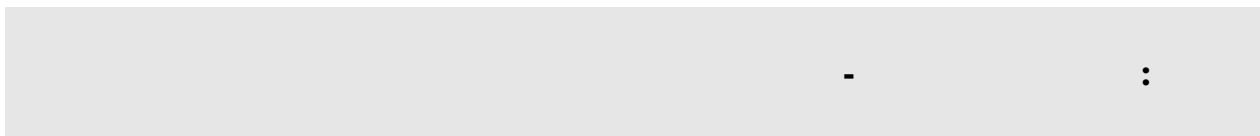
- - , , ,  
1,2,10 , ,



- 2 - . 2
  - 2 - ,
1.
    - a. 3 : , 2
    - b. 2 : ,
  2. 1 ; ;
  3. - ,
- ( )- , -
- \ 2-3 ,
- .



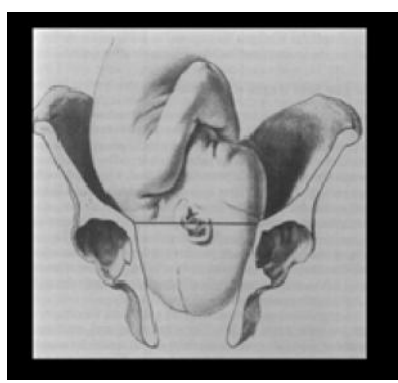
1. ( , );
  2. ;
  3. ;
  4. -
  5. ,
  6. .
  7. (II-III ) \ ;
  8. ( 34 , );
  9. (
  10. );
- .



, ( )<sup>3,4,13,20,35</sup> ;  
 ➤ ( 34 )  
 ➤  
 ➤  
 ➤  
 ➤  
 ➤  
 ( ;  
 ➤ , ) ;  
 ➤ ,  
 ➤  
 ➤ - , ,  
 -

3

,  
 .  
 ( .1) ( )<sup>3,8,9</sup>



. 1.

).

(

12,15,22 .

,  
)<sup>16,19,26</sup> . (

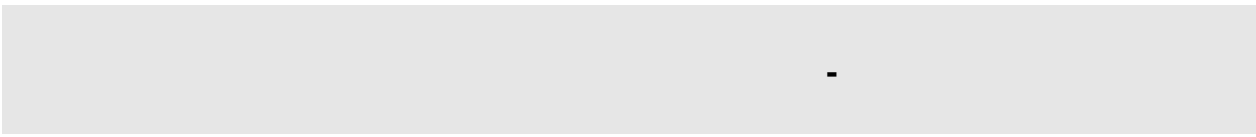
( ).

( )<sup>17,24,25</sup>  
:

( . 2);

( . I),

( )<sup>23,34,36</sup> .

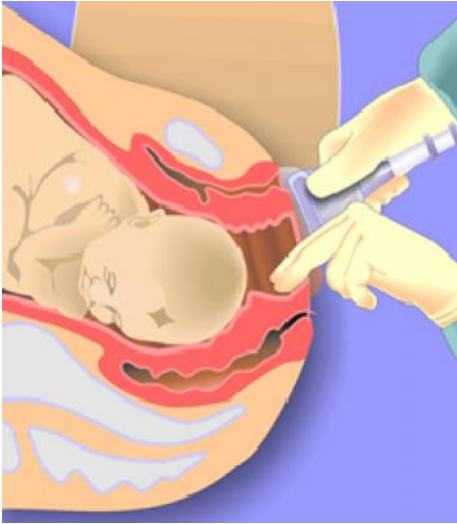


( ),  
:

- 1 . ? ,
- 2 . ,
- 3 . ,
- 4 .

:

5



.2.

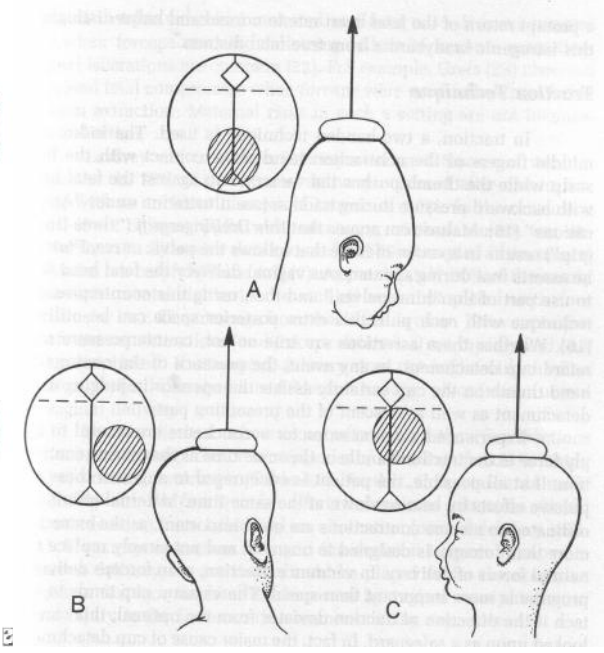
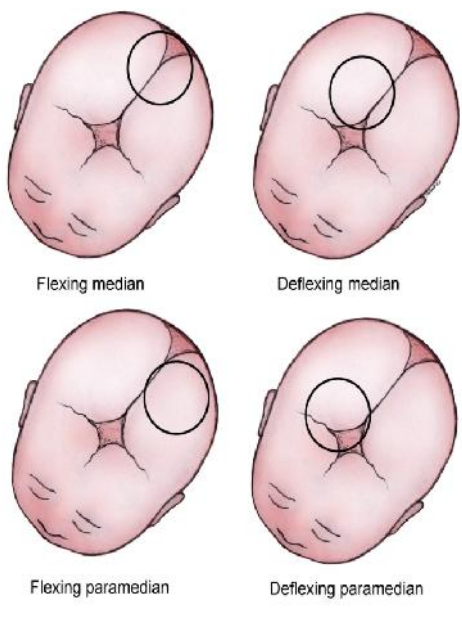
28% 46%.

( )<sup>23,25,29</sup>

;

); ( )  
 , )  
 , ,  
 .  
 ( 10 50 Hg )  
 - 1 , 0,2 / 2  
 , 0,8 / 2  
 ( )  
 , :  
 •  
 •  
 •

. 3., )

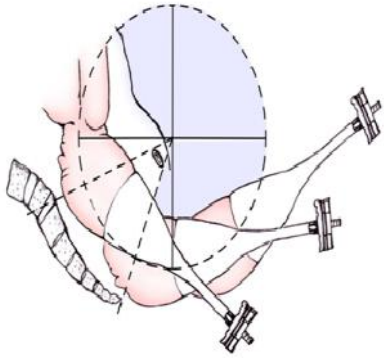


. 3. A.

. B.

C.

6  
( )

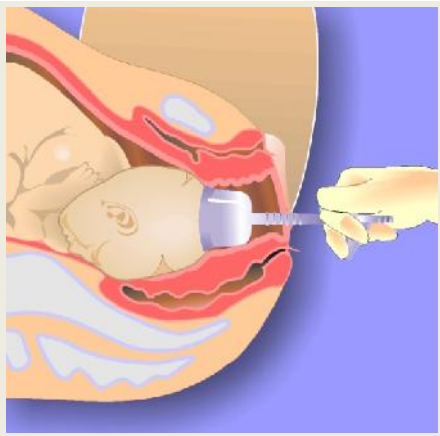


.4.



102

( ) ( .4 5).

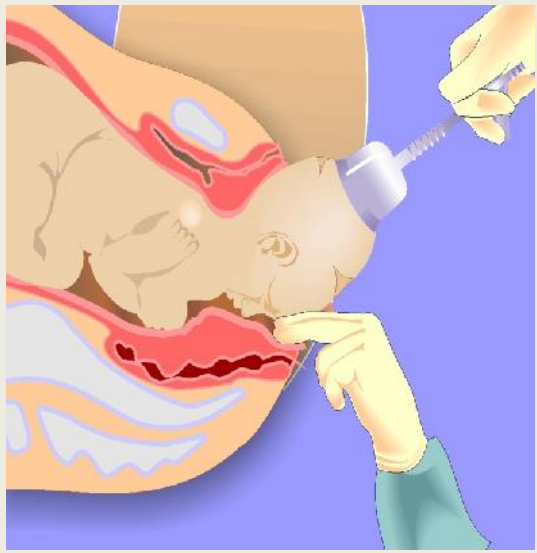


.5.

:

(

( 27,28,31 )



.6.

7

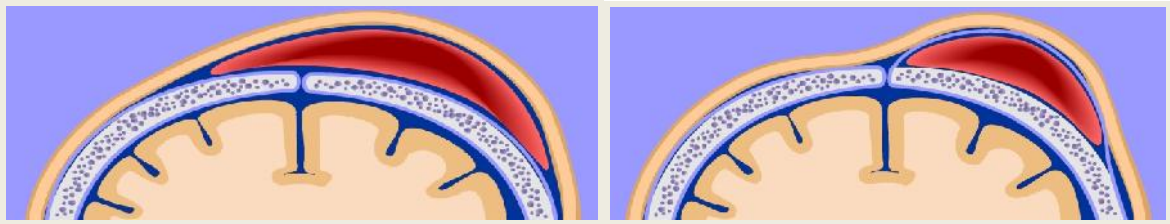
8

3

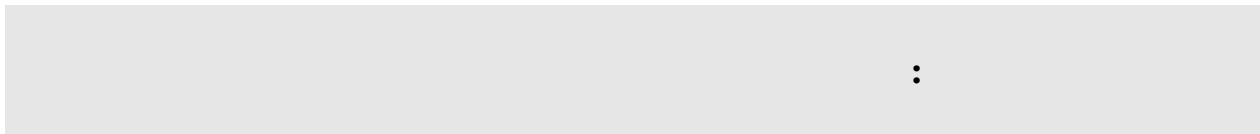
3







8.



24 - 48

10

1

- 
- 
- 
- 

(  
»)

«

;  
;

•

, , .

•

,

2-

•

,

•

(

),

,

-

-

•

,

•

,

•

34

•

-

,

,

•

,

3

,

3

•

-

, 20

10 11 20

- 
- 

10

1

( )

- - 
  -
- 1% - 20
- ), 0,25% - 60
- , 10 1%

:

- - 
  - 
  - 
  - 
  - 
  - 
  - 
  - 
  -
- 20
- 10 1
- , 10 1%
- 10-20
- 5



.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

-

**3**

/

1.

2. ( ) ,

,

3.

,

4. ( )

,

-

5. - :

-

-

34

-

-

0,

,

2/5

1.

,

2.

3.

,

( .

.

)

4.

,

-

,

,

-

1.

2.

, 3 (1

)

3.

, ( .

/ )

4.

, , .

5.

0,2 / 2.

0,8 / 2

6.

( ).

7.

,  
,

8.

20

3-

9.

10.

, , . ,

11.

,

1.

, ,

2.

0.5%

3.

4.

0.5%

,

5.

.

6.

1. , PAHO/WHO, 1985 - 1995 ,
2. Bachman J. Forceps delivery [letter]. *J Fam Pract* 1989;29(4):360. (Level III)
3. Belizán JM, Althabe F, Barros FC, Alexander SI. Rates and implications of caesarean sections in Latin America ecological study. *British medical journal* 1999;319:1397-1400
4. Bofill, JA, Rust OA, Schorr SJ, et. al. A randomized trial of two vacuum extraction techniques. *Obstet Gynecol* 1997;89:758-62. (Level I)
5. Bofill JA. Rust OA. Devidas M. Roberts WE. Morrison JC. Martin JN Jr. Neonatal cephalohematoma from vacuum extraction. *Journal of Reproductive Medicine*. Sept, 1997;42(9):565-9. (Level I)
6. Bofill et al. A randomized prospective trial of the obstetric forceps versus the M-cup vacuum extractor. *Am J. Obstet Gynecol* 1996;175:1325-30. (Level I)
7. Burlington, D.B. FDA Public Health Advisory: Need for CAUTION When Using Vacuum Assisted Delivery Devices, May 21, 1998. (Level III)
8. Carmody F, Grant A, Mutch L, et. al. Follow-up of babies delivered in a randomized controlled comparison of vacuum extraction and forceps delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1986;65:763-766. (Level I)
9. Cunningham FG, MacDonald P, Gant N, et al: Forceps delivery and related techniques. In Cunningham FG, MacDonald P, Grant N (eds): *Williams Obstetrics*, 19th ed. East Norwalk, CT, Appleton and Lange, 1993pp 555–576.(Level III)
10. Dell D L, Sightler S E, Plauche W C. Soft cup vacuum extraction: a comparison of outlet delivery. *Obstetrics and Gynecology*. 1985;66,624-8. (Level I)
11. Ezenagu LC, Kakaria R, Bofill JA. Sequential use of instruments at operative vaginal deliver: is it safe? *Am J. Obstet Gynecol* 1999;180:1446-49. (Level II-2)
12. Operative vaginal delivery. RCOG Guideline No. 26, October 2005, <http://www.isuogmacau2011.com/assets/Uploads/aogm/Guidelines/RCOG---UK/GT26-Operative-Vaginal-Delivery-2005.pdf>.
13. Operative Vaginal Delivery ACOG Practice Bulletin No. 17. June 2000. American College of Obstetricians and Gynecologists. Washington, D.C.. (Level III)
14. Gardella C, et al. The effect of sequential use of vacuum and forceps for assisted vaginal delivery on neonatal and maternal outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185:896-902. (Level II-2)
15. Gupta JK , Nikodem VC. Woman's position during second stage of labour (Cochrane Review). In: *The Cochrane library*, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software. (Level I)
16. Hagadorn-Freathy AS, Yeomans ER, Hankins GD. Validation of the 1988 ACOG forceps classification system. *Obstet Gynecol* 1991;77:356. (Level III)
17. Hastie S J, Maclean A B. Comparison of the use of the Silastic obstetric vacuum extractor to Kieland's forceps. *Asia-Oceania Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1986;12,63-8. (Level II-2)
18. Hofmeyr G J, Gobetz L, Sonnendecker E W W, Turner M J. New design rigid and soft vacuum extractor cups: a preliminary comparison of traction forces. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1990;97,681-5.(Level I)
19. Hillier CE, Johanson RB. Worldwide survey of assisted vaginal delivery. *International journal of gynecology and obstetrics* 1994;47 (2):109-114
20. Hodnett, ED. Caregiver support for women during childbirth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2,2000. Oxford: Update Software. (Level I)
21. Howell CJ. Epidural vs. non-epidural analgesia for pain relief in labour. In: *The Cochrane Library*, Issue 2000.Oxford: pdate software. (Level I)



22. Revah A, Ezra Y, Farine D, Ritchie K. Failed trial of vacuum or forceps—maternal and fetal outcome. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. Jan, 1997;176(1 Pt 1):200-4. (Level III)
23. Smith SA et al. Subjaleal hematoma: The need for increases awareness of risk. *J of Family Practice* 1995;569-74. (Level III)
24. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, et al: Anal sphincter disruption during vaginal delivery. *N Engl J Med* 1993;329(26):1905–1911. (Level III)
25. Sultan AH, Johanson RB, Carter JE. Occult anal sphincter trauma following randomized forceps and vacuum delivery. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*. May 1998;61(2):113-9. (Level III)
26. Teng FY, Sayre JW. Vacuum extraction: does duration predict scalp injury? *Obstetrics & Gynecology*. Feb, 1997;89(2):281-5. (Level III)
27. Johanson RB, Heycock E, Carter J, Sultan AH, Walklate K, Jones PW. Maternal and child health after assisted vaginal delivery: five-year follow up of a randomised controlled study comparing forceps and ventouse. *British journal of obstetrics and gynaecology* 1999;106:544-549.
28. Johanson R, Menon V. Soft versus rigid vacuum extractor cups for assisted vaginal delivery (Cochrane Review). In: *he Cochrane Library*, Issue 1, 1999. Oxford: Update Software. (Level I)
29. Johanson RB, Menon V J. Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 1999. Oxford: Update Software. (Level I)
30. Nesbitt, TS. Rural maternity care: new models of access. *Birth*. Sep, 1996;23(3):161-5. Review. PMID: 8924102; UI: 7082906. (Level III)
31. Institute of Medicine: *The effects of medical professional liability and the delivery of obstetric care*. Washington, D.C.: National Academy Press. (Level III)
32. Impey, L and Boylan, P. Active management of labour revisited. *Br J Ob Gyn March*, 1999;106:183-187. (Level III)
33. Warenski, JC. Managing difficult labor. Avoiding common pitfalls. *Clin Ob Gyn* 1997;40(3):525-32. (Level III)
34. Wen SW et al. Comparison of maternal and infant outcomes between vacuum extraction and forceps deliveries. *Am J of Epidemiology* 2001;153:103-7. (Level II-2)
35. Vacca, A. The ‘sacral hand wedge’: a cause of arrest of descent of the fetal head during vacuum assisted delivery. *BJOG* 2002; 109:1064-65. (Level II-3)
36. Vacca, Aldo, *Handbook of Vacuum Extraction in Obstetric Practice* 1997, reprinted in Australia 1999, Page 32. (Level III)

**66.0**

: —  
 ,  
 ,  
 ,  
 60  
 .  
 : 0,3% 1% 2500 4000 , 5 - 7%  
 4000 4500 .  
 . 50%  
 .

- ;
- , ;
- ;
- ;
- ;
- ;
- ;
- ;

( , , ).

, , .

, , , .

( , ),  
 , ( )  
 ( )



- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.

3- 4- ) (10,14,21).

20% 1-2% 6 12 V-VI

8- 1

0,04

7,25

6,97

7

:

1.

“ ” -

« »

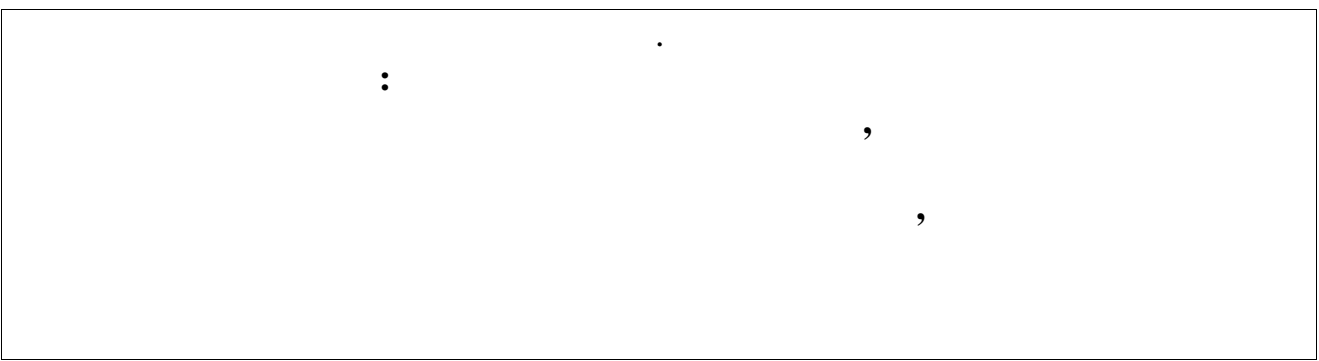
2.

3.

:

50%

».



\_\_\_\_\_ -

) (10,14,21).

3- 5

30 60

- 1.
- 2.
- 3.

1. \_\_\_\_\_.

2.

-

,

---

.

,

,

.

.

,

,

,

.

,

-

-

.

,

,

,

,

.

,

,

3. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

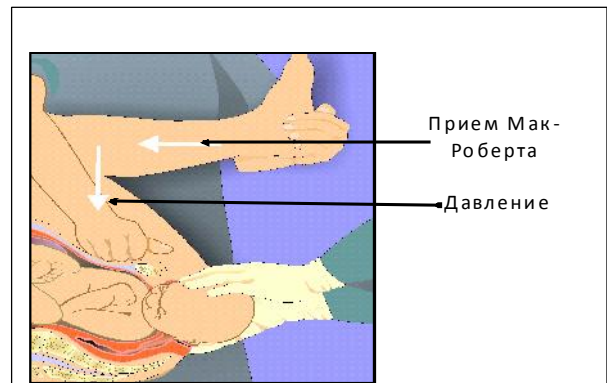
(1,10,12,21).

( ) ,

( )

30-60

4. \_\_\_\_\_ .





.1.

-  
30 - 60

,

.

.

-

,

.

,

,

.

,

(

)

-

.

,

.

.

,

,

.

,

.

,

,

.

,

40%

,

50%

/  
(

) (1,11,22).

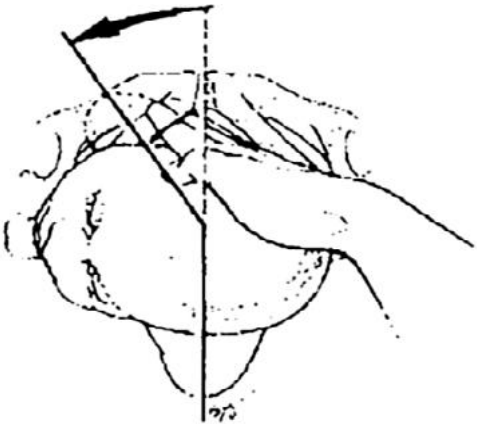
5. - - - - -

,

-

.

.



.2.

1943 .

),

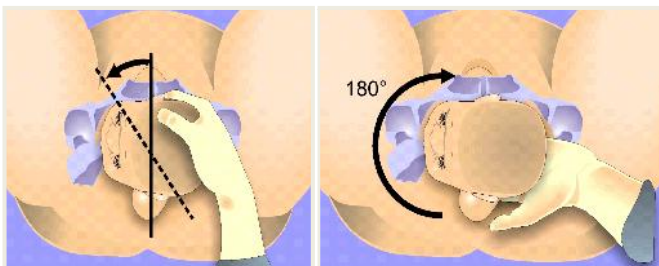
2

)

2-

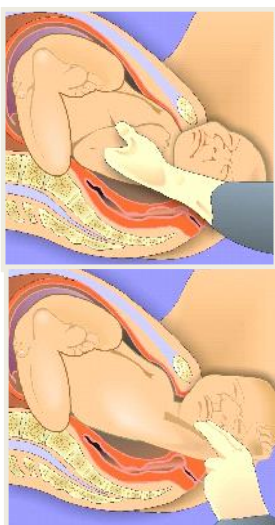
(1,9,21).

## Внутренние повороты



. 3. .

6. \_\_\_\_\_ .



### **Р - Ручка ? Рождение задней ручки**

- Следовать за задней ручкой  
вниз до локтя  
– Обычно спереди от груди плода
- Согнуть ручку в локтевом  
суставе
- Развернуть предплечье  
поперёк груди плода  
– Прямое захватывание ручки и  
вытаскивание наружу могут  
привести к переломам

.4. - -

, - , .

, ,

, ,

, ,

, - ,

, ,

, ,

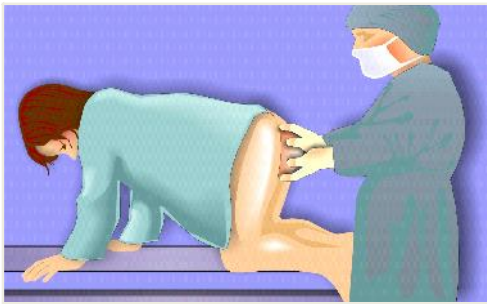
, ,

, ,

, (8, 21,22).

7. - -

**К – Колени**  
(изменение положения)



.5. - -

“ ” ,

, - ,

,

« »,

-

.

,

.

«

»

10 ,

20 .

-

,

,

.

,

-

,

,

.

,

,

,

-

.

.

-

,

.

,

,

.

«

»

-

,

.

,

,

:

,

,

,

,

.

,

,

,

,

«

»

.

,

,

,

,

,

.

.

.

,

,

,

,

.

8.

—«

»

«

»:

- 
- 
- 
- A
- 

1.

—

2.

:

-

(

),

3.

•

•

,

•

4.

, . , , . , , .

5.

, , 2 , 5-6 , (9,17,18,19,20).

, , 3695 4500 , (6,7,21).

5-6 .

, , , , , .

· - , - , , , - , , , ( ) (2,7,21) . ( ) (2,21) , , , « - » , , , , , .

---

, . 50% . - . , « - » , , . , , , , , , , , .



•

,

(

)

,

•

,

.

.

•

,

-

,

.

,

-

,

,

,

..

•

,

,

<<

-

>>,

,

.

,

,

,

•

.

,

,

.

•

.

•

,

,

.

,

•

.

.

.

pH

1. ALSO-4-e \Advanced Life Support in Obstetrics – . 2010.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Shoulder dystocia. ACOG Practice Patterns October, 1997;(7):1-7. (Level III)
3. Beall MH., et.al. Objective definition of shoulder dystocia: a prospective evaluation. Am J Obstet Gynecol. 1998;179:934-37. (Level III)
4. 4 Bricker L, Neilson JP. Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks gestation) (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software. (Level I)
5. Bruner J, et al. All fours maneuver for reducing shoulder dystocia during labor. Journal of Reproductive Medicine; 1998;43;5:439-442. (Level III)
6. Borell U and Fendstrom I. A pelvimetric method for the assessment of pelvic moldability. Acta Radiol 1957a;47:365-370. (Level III) Gilbert WM, Nesbitt TS, Danielson B. Associated Factors in 1611 cases of brachial plexus injury. Obstet Gynecol 1999 Apr;93(4):536-40. (Level III)
7. Boulvain M, Stan C, Irion O. Elective delivery in diabetic pregnant women (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software. (Level I)
8. Cohen BF, et. al. The incidence and severity of shoulder dystocia correlates with a sonographic measurement of asymmetry in patients with diabetes. 1999;16:197-201 (Level III)
9. Crichton D, Seedat EK. The technique of symphysiotomy. S African Med J 1963;37:227-31. (Level III)
10. Irion O, Boulvain M. Induction of labour for suspected fetal macrosomia (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software. (Level I)
11. Gherman RB, et al, Symphyseal separation and transient femoral neuropathy associated with the McRobert's maneuver. AmJObGyn, March 1998; 178:609-10. (Level III)
12. Gherman RB; Goodwin TM. Shoulder Dystocia; Curr Opin Obstet Gynecol Dec, 1998;10(6):459-63. (Level III)
13. Gherman RB, Ouzonian JG, Goodwin TM. Obstetrical Maneuvers for shoulder dystocia and associated fetal morbidity. Am J Obstet Gynecol, June 1998;178(6):1126-1130. (Level III)
14. Gherman et al. The McRoberts Maneuver for alleviation of shoulder

- dystocia; how successful is it. *Am J of Obstet Gynecol* 1997;176:656-611997. (Level III)
15. Goodwin TM, et. al. Catastrophic shoulder dystocia and emergency symphysiotomy. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177:463-64. (Level III)
  16. Hillier CE, Johanson RB. Worldwide survey of assisted vaginal delivery. *International journal of gynecology and obstetrics* 1994;47 (2):109-114.
  17. Meenan AL, Gaskin IM, Hunt P, et al. A new (old) maneuver for the management of shoulder dystocia. *J Fam Pract* 1991;32;625-629. (Level III)
  18. McFarland et al, Perinatal Outcome and the type of maneuvers in shoulder dystocia. *Int Journal Gynecol Obstet* 55;219-24,1996. (Level III)
  19. Neilson JP. Symphysis-fundal height measurement in pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software.* (Level I)
  20. O'Shaughnessy MJ, Hysterotomy facilitation of the vaginal delivery of the posterior arm in a case of severe shoulder dystocia, *Obstet Gynecol Oct* 1998;92 (4 Pt 2):693-5. (Level III)
  21. Operative vaginal delivery. RCOG Guideline No. 26, October 2005. <http://www.isuogmacau2011.com/assets/Uploads/aogm/Guidelines/RCOG---UK/GT26-Operative-Vaginal-Delivery-2005.pdf>
  22. Ramsey PS, et al. Shoulder dystocia: Rotational maneuvers revisited. *J Reprod Med* 2000;45:85-88. (Level III)
  23. Rouse DJ, Owen J, Goldenberg RL, Cliver SP. The effectiveness and costs of elective cesarean delivery for fetal macrosomia diagnosed by ultrasound. *JAMA* 1996;276:1480-6. (Level III)
  24. Woods CE. A principle of physics as applicable to shoulder delivery *Am J Obstet Gynecol* 1943;45:796. (Level III)
  25. Verspyck E, Goffinet F, Hellot MF, et. Al. Newborn shoulder dystocia width: a prospective study of 2222 consecutive measurements. *Br J Obstet Gynecol* 1999;106:589-93. (Level III)
  26. Johnstone FD, Prescott RJ, Steel JM, et al. Clinical and ultrasound prediction of macrosomia in diabetic pregnancy. *Br J Obstet Gynecol* 1996;103:747. (Level III)
  27. Management of labor and delivery complications. (in) Douglas-Stromme *Operative Obstetrics*, 5th Edition. Zuspan FP, Quilligan EJ (eds.) Appleton and Lange. Norwalk, Connecticut. Pages 337-8, 1988. (Level III)
  28. Johanson RB, Heycock E, Carter J, Sultan AH, Walklate K, Jones PW. Maternal and child health after assisted vaginal delivery: five-year follow up of a randomised controlled study comparing forceps and ventouse. *British journal of obstetrics and gynaecology* 1999;106:544-549.

**ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ  
ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ  
АКУШЕРСКИХ СОСТОЯНИЯХ**

Учебно-методическое пособие для преподавателей  
медицинских образовательных учреждений  
для обучения медицинских работников  
родовспомогательных организаций

Компьютерная верстка *Гданова О.*  
Дизайн обложки *Гданова О.*

Подписано к печати 4.06.2013  
Формат 60x84 <sup>1</sup>/<sub>8</sub>. Печать офсетная.  
Объем 23,5 п.л. Тираж 300 экз.

Типография «Нур-Ас»  
г. Бишкек, ул. Абдрахманова, 208.