

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Н А К А З

29.12.2005 N 782

Про затвердження клінічних протоколів
з акушерської та гінекологічної допомоги

На виконання доручення Президента України від 06.03.2003 № 1-1/152 п.а.2 з метою уніфікації вимог до обсягів і якості надання акушерської та гінекологічної допомоги

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити Клінічні протоколи з акушерської та гінекологічної допомоги:

1.1. Анемія у вагітних.

1.2. Затримка росту плода.

1.3. Передчасний розрив плодових оболонок.

1.4. Клінічено вузький таз.

1.5. Геморагічний шок в акушерстві.

1.6. Медичний аборт.

2. У п.2 підрозділу Умови операції протоколу "Кесарів розтин" затвердженого наказом МОЗ України від 15.12.2003 №582 "Цілий плідний міхур або безводний період тривалістю до 12 годин" цифру 12 замінити на 24.

3. Вважати таким, що втратив чинність клінічний протокол "Геморагічний шок в акушерстві", затверджений наказом МОЗ України від 31.12.2004 №676.

4. Вважати таким, що втратив чинність клінічний протокол "Медичний аборт", затверджений наказом МОЗ України від 15.12.2003 №582.

4. Міністру охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, начальникам регіональних органів охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій:

4.1. Забезпечити впровадження Клінічних протоколів, що додаються в діяльність лікувально-профілактичних закладів починаючи з 2006 року.

4.2. Організувати здійснення контролю надання акушерсько-гінекологічної допомоги у відповідності до затверджених цим наказом клінічних протоколів.

5. Контроль за виконанням наказу покласти на Заступника Міністра охорони здоров'я України Ю.О.Гайдаєва.

Міністр Ю.В.Поляченко

КЛІНІЧНІ ПРОТОКОЛИ
з акушерської та гінекологічної допомоги

Клінічні протоколи, затверджені цим наказом, розроблені відповідно до чинних нормативів надання акушерсько-гінекологічної допомоги.

Використання клінічних протоколів в практичній діяльності лікаря дозволить стандартизувати та уніфікувати діагностику і лікування, застосовувати методики лікування з доведеною ефективністю, що знижують захворюваність і смертність пацієнта. Це дасть можливість пацієнтам отримувати обґрунтовані діагностику та лікування, а лікарям застосовувати сучасні методики, засновані на науково-доказових засадах.

Клінічні протоколи розроблені на основі науково-доказової медицини. Науково-доказова медицина (НДМ) визначається як новітня технологія збору, аналізу, синтезу та застосування наукової медичної інформації, яка дозволяє приймати оптимальні клінічні рішення як з погляду допомоги хворому, так і з економічної ефективності. НДМ базується на достовірних доведеннях, передбачає пошук, порівняння, узагальнення та широке поширення доказів з метою використання в інтересах хворого.

Метод узагальнення результатів декількох досліджень для потреб практичної охорони здоров'я отримав назву мета-аналізу, який дозволив вирішити клінічну проблему: порівняння стандарту для оцінки результатів лікування.

Одним із досягнень методології контрольованих досліджень стала розробка та послідовне застосування методів рандомізації (випадковий розподіл пацієнтів у групах порівняння).

Рівні доказовості:

1. Докази, що отримані у результаті рандомізованих контрольованих досліджень (РКД) або мета-аналізу, мають самий високий рівень - А.
2. Дослідження із застосуванням методу "випадок-контроль" або когортного дослідження чи добре спланованого контрольованого дослідження без рандомізації - рівень В.
3. Дослідження, отримані у результаті експертної оцінки або клінічного досвіду, - рівень С.

При організації надання діагностично-лікувальної акушерсько-гінекологічної допомоги використовуються методики та технології усіх рівнів з урахуванням поінформованої можливості пацієнта.

АНЕМІЯ У ВАГІТНИХ

Шифри МКХ-10: D50-D64

Анемія - патологічний стан, що характеризується зменшенням кількості еритроцитів та/або вмісту гемоглобіну в одиниці об'єму крові.

Класифікація

1. За етіологією (ВООЗ, 1992)
Анемії, пов'язані з харчуванням:

- Залізодефіцитна (D50)
- В 12 -дефіцитна (D51)
- Фолієводефіцитна (D52)
- Інші, пов'язані з харчуванням (D53)

Гемолітичні анемії:

- Внаслідок ферментних порушень (D55)
- Таласемія (D56)
- Серпоподібні порушення (D57)
- Інші спадкові гемолітичні анемії (D58)
- Набута гемолітична анемія (D59)

Апластичні анемії:

- Набута чиста червоноклітинна аплазія (еритробластопенія)(D60)
- Інші апластичні анемії (D61)
- Гостра постгеморагічна анемія (D62)

Анемії при хронічних хворобах (D63)

- новоутвореннях (D63.0)
- інших хронічних хворобах (D63.8)

Інші анемії (D64)

2. За ступенем тяжкості * (ВООЗ, 1991)

Ступінь тяжкості	Концентрація гемоглобіну (г/л)	Гематокрит (%)
Легкий	109-90	37-31
Середній	89-70	30-24
Тяжкий	69-40	23-13
Дуже тяжкий	< 40	< 13

* Наведені критерії тяжкості анемії рекомендовані виключно для вагітних жінок.

Переважає більшість випадків анемії у вагітних - це залізодефіцитна анемія (90%), половина з них має поєднаний залізо- і фолієводефіцитний генез. Решта видів анемії зустрічається у вагітних відносно рідко.

Залізодефіцитна анемія (ЗДА)

1. Тактика попередження та лікування ЗДА - див. алгоритм (va782282-05).
2. Преконцепційна підготовка.
 - 2.1. Повноцінне харчування з достатнім вмістом м'ясних продуктів, свіжих овочів та фруктів.
 - 2.2. Виявлення та лікування хвороб, що спричиняють ЗДА.
 - 2.3. Виявлення та, за можливості, усунення чинників ризику ЗДА.
 - 2.4. Призначення препарату заліза у разі ЗДА або прихованого залізодефіциту, досягнення задовільної забезпеченості організму жінки залізом до настання вагітності.
3. Чинники ризику.
 - 3.1. Недостатнє або неповноцінне харчування.
 - 3.2. Гіперполіменорея.
 - 3.3. Інтервал після попередніх пологів менше 2 років.
 - 3.4. Багатоплідна вагітність.
 - 3.5. Четверо чи більше пологів у минулому.
 - 3.6. Кровотечі під час вагітності (маткові, носові, з травного тракту, гематурія тощо), геморагічні діатези.
 - 3.7. Хвороби з порушенням всмоктування заліза (стан після гастректомії або субтотальної резекції шлунка, стан після резекції значної частини тонкого кишечника, синдром мальабсорбції, хронічний ентерит, амілоїдоз кишечника), постійний прийом антацидних препаратів.

3.8. Хвороби з перерозподілом заліза (системні захворювання сполучної тканини, гнійно-септичні стани, хронічні інфекції, туберкульоз, злоякісні пухлини).

3.9. Паразитарні та глистяні інвазії.

4. Клінічні прояви.

4.1. Ознаки анемічної гіпоксії (власне анемічний синдром):

- блідість шкіри та слизових оболонок;
- тахікардія;
- скарги на загальну слабкість, запаморочення, болі у ділянці серця тощо;
- задишка при фізичних навантаженнях.

4.2. Ознаки дефіциту заліза (сидеропенічний синдром):

- втомлюваність;
- погіршення пам'яті;
- спотворення смаку;
- випадіння, ламкість волосся;
- ламкість нігтів;
- "заїди";
- блакитні склери (зрідка, за тяжкої анемії);
- сухість шкіри;
- гіпо- чи антацидність.

5. Діагностика.

5.1. Для призначення адекватного лікування з'ясовують генез анемії.

5.2. Зниження концентрації гемоглобіну не є доказом залізодефіциту, тому проводять додаткове обстеження.

5.3. Лабораторні ознаки залізодефіциту:

- мікроцитоз еритроцитів (зазвичай у поєднанні з анізо- та пойкилоцитозом);
- гіпохромія еритроцитів (колірний показник $< 0,86$);
- зниження середнього вмісту гемоглобіну в еритроциті (< 27 пг);
- зниження середньої концентрації гемоглобіну в еритроциті ($< 33\%$);
- зниження середнього об'єму еритроцитів (< 80 куб. мкм);
- зниження сироваткового заліза ($< 12,5$ мкмоль/л);
- зменшення концентрації феритину сироватки (< 13 мкг/л);
- підвищення загальної залізов'язувальної здатності сироватки (> 85 мкмоль/л);
- зниження насичення трансферину залізом ($< 15\%$);
- підвищення вмісту протопорфіринів у еритроцитах (< 90 мкмоль/л).

5.4. Залежно від можливостей лабораторії закладу охорони здоров'я, в якому спостерігається вагітна, додаткове обстеження для виявлення залізодефіциту може включити від двох до десяти з вищеперелічених тестів. Обов'язковими є визначення колірного показника та виявлення мікроцитозу у мазку крові (найпростіші та найдоступніші методи). Бажано також визначати концентрацію сироваткового заліза.

6. Рекомендації щодо харчування.

6.1. Основним джерелом заліза для вагітної жінки є м'ясо.

6.2. З метою поліпшення всмоктування заліза до раціону харчування корисно включати фрукти, ягоди, зелені овочі, соки та морси, мед (темні сорти).

6.3. Вживання м'яса та продуктів, які сприяють найповнішому всмоктуванню заліза з нього, слід розділити за часом з чаєм, кавою, консервованими продуктами, зерновими, молоком та молочними продуктами, які містять сполуки, що пригнічують абсорбцію заліза.

6.4. У разі наявності анемії рекомендовані відвари або настої плодів шипшини, бузини, чорної смородини, листя суниці, череди, кропиви.

7. Лікування.

7.1. Основою лікування ЗДА є призначення препаратів заліза.

7.2. Показання до призначення препаратів заліза під час вагітності (С) - середній, тяжкий та дуже тяжкий ступені анемії.

7.3. Принципи феротерапії.

7.3.1. Усунути, за можливості, причину залізодефіциту (кровотечі шлункові, кишкові, носові, з пологових шляхів, гематурію, порушення згортувальної системи крові тощо).

7.3.2. Препарати заліза (див. додаток), незалежно від ступеня тяжкості анемії, призначати per os. Виключення складають лише випадки, коли внутрішнє вживання залізомістких препаратів є протипоказаним (див. нижче п. 7.3.8).

7.3.3. Пероральні препарати заліза поділяються на іонні та неіонні. Серед іонних препаратів перевагу слід віддавати тим, що містять двовалентне залізо, біодоступність якого значно вища, ніж тривалентного.

7.3.4. Серед сполук двовалентного заліза найкраще всмоктуються (у порядку зменшення): сульфат, глюконат, хлорид, фумарат.

7.3.5. Лікувальна добова доза заліза елементарного при пероральному застосуванні має складати 2 мг/кг маси тіла (у середньому 100-200 мг/доб.).

7.3.6. Застосовувати препарати з високим вмістом заліза (1-2 таблетки відповідають добовій потребі) і сповільненим його вивільненням (ретардні форми, slow release), що дозволяє стабільніше підтримувати достатню концентрацію заліза сироватки та зменшити кількість гастроінтестинальних побічних ефектів (А).

7.3.7. Доцільно застосовувати комбіновані препарати, додаткові компоненти яких:

- перешкоджають окисленню двовалентного заліза у тривалентне (аскорбінова, янтарна, щавлева кислоти);
- сприяють всмоктуванню заліза в кишечнику (амінокислоти, поліпептиди, фруктоза);
- попереджують подразнювальну дію іонів заліза на слизову оболонку травного тракту (мукопротеоза);
- зменшують прооксидантну дію двовалентного заліза в організмі (аскорбінова кислота, інші антиоксиданти);
- підтримують щіткову кайму слизової оболонки тонкого кишечника в активному стані (фолієва кислота).

7.3.8. Протипоказання до прийому препаратів заліза per os:

- непереносність заліза (постійна нудота, блювання, діарея);
 - стан після резекції тонкого кишечника;
 - ентерит;
 - синдром мальабсорбції;
 - загострення виразкової хвороби, неспецифічного виразкового коліту або хвороби Крона.
- 7.3.9. За наявності протипоказань до прийому заліза per os призначають парентеральні препарати (В), які містять тривалентне залізо. У разі парентерального застосування добова доза заліза елементарного не повинна перевищувати 100 мг.

7.3.10. При проведенні феротерапії, особливо парентеральними препаратами, слід ретельно стежити за можливими побічними ефектами залізомістких засобів.

Побічні ефекти пероральних препаратів заліза:

- нудота;
- біль в епігастральній ділянці;
- діарея;
- закріп;
- нетяжкі алергічні реакції (шкірні висипи тощо).

Побічні дії парентеральних препаратів заліза:

- артеріальна гіпотензія;
- артралгія;
- збільшення лімфатичних вузлів;
- лихоманка;
- головний біль;
- запаморочення;
- інфільтрати на місці ін'єкцій;
- анафілактоїдні реакції, анафілактичний шок.

7.4. У випадках резистентної до монотерапії залізом ЗДА додатково призначають людський рекомбінантний еритропоетин (В).

7.5. Якщо у пізньому терміні вагітності (≥ 37 тижнів) має місце тяжка симптомна анемія, розглядається питання щодо трансфузії еритроцитарної маси або відмитих еритроцитів.

8. Тактика ведення вагітності та пологів.

ЗДА не впливає на тактику ведення вагітності та пологів.

9. Прикінцеві положення.

Упродовж останнього десятиліття на підставі результатів великих контрольованих клінічних досліджень, виконаних з дотриманням вимог та принципів доказової медицини, істотним чином переглянуто клінічне значення ЗДА у вагітних, ставлення до попередження та лікування цієї патології.

- Помірне зниження концентрації гемоглобіну асоціюється з кращими наслідками пологів для плода у порівнянні з нормальним рівнем гемоглобіну (≥ 110 г/л) (А).

- Додаткове призначення заліза вагітним жінкам веде до підвищення рівня феритину та сироваткового заліза, зниження частоти анемії у пізні терміни вагітності, але не впливає на перебіг вагітності та пологів, стан плода і новонародженого (не змінюється частота прееклампсії, кровотеч під час вагітності та після пологів, передчасних пологів, інфекційно-запальних ускладнень у матері; не змінюються частота народження дітей з низькою масою, мертвонароджень, неонатальної захворюваності й смертності) (А).

- На сьогодні не доведено шкідливість рутинного додаткового прийому заліза вагітними, які мають повноцінне харчування, проте відсутність істотної користі є безсумнівною (А).

- Анемія легкого та середнього ступеня зазвичай не спричиняє погіршення стану вагітної, а підвищення концентрації гемоглобіну в результаті прийому заліза не веде до суб'єктивного поліпшення самопочуття.

- Тяжка анемія ($Hb < 70$ г/л) дуже негативно впливає на стан матері та плода, призводить до порушення функцій нервової, серцево-судинної, імунної та інших систем організму, збільшення частоти передчасних пологів, післяродових інфекційно-запальних захворювань, затримки росту плода, асфіксії новонароджених та родової травми, а тому потребує лікування.

- Підкреслюється, що саме лише зниження концентрації гемоглобіну нижче нормального рівня (< 110 г/л) не може вважатися доказом дефіциту заліза в організмі вагітної і бути підставою для призначення лікування. З'ясування наявності залізодефіциту вимагає додаткового обстеження (сироваткове залізо, залізов'язувальна здатність сироватки, вміст феритину, мікроцити у мазку крові тощо - див. п. 5.3).

Фолієводефіцитна анемія

1. Преконцепційна підготовка.

1.1. Повноцінне харчування з достатнім вмістом зелених овочів.

1.2. Призначення жінці, що планує вагітність, фолієвої

кислоти 0,4 мг/добу у другій половині кожного менструального циклу.

2. Чинники ризику.

2.1. Гемоліз будь-якого генезу.

2.2. Багатопліддя.

2.3. Постійний прийом протисудомних препаратів.

2.4. Стан після резекції значної частини тонкого кишечника.

3. Профілактика.

3.1. Додатковий прийом фолієвої кислоти по 0,4 мг/добу показаний усім вагітним, починаючи з самих ранніх термінів (А).

3.2. Вживання достатньої кількості фруктів та овочів, багатих на фолієву кислоту (шпинат, спаржа, салат, брокколи, капуста, картопля, помаранчі, диня тощо) у сирому вигляді (оскільки під час термічної обробки більша частина фолатів втрачається).

3.3. Прийом великої дози фолієвої кислоти (3-5 мг/добу) упродовж усієї вагітності, якщо жінка постійно приймає антиконвульсанти або інші антифолієві засоби (сульфасалазин, тріамтерен, зидовудин, ін.).

4. Діагностика.

4.1. Виявлення макроцитів, анізо- та поїкілоцитозу у мазку крові.

4.2. Встановлення дефіциту фолієвої кислоти в еритроцитах.

5. Лікування.

Призначення фолієвої кислоти 1-5 мг/добу.

6. Прикінцеві положення.

- Потреба у фолієвій кислоті від самого початку вагітності зростає у 2,5-3 рази і сягає 0,6-0,8 мг/добу.

- Додатковий прийом фолієвої кислоти під час вагітності зменшує частоту дефіциту фолатів та анемії, але не впливає на перебіг вагітності, родів, стан плода і новонароджених (А).

- Додатковий прийом фолієвої кислоти жінками у прекоцепційному періоді та у I триместрі вагітності веде до зниження частоти вроджених вад розвитку ЦНС у 3,5 рази у порівнянні з загальнопопуляційною (А). Прийом фолієвої кислоти, розпочатий після 7 тижнів вагітності, не впливає на частоту дефектів невральної трубки (А).

Інші види анемії

В 12 -дефіцитна анемія

1. Причина - недостатність синтезу внутрішнього фактору Касла, необхідного для всмоктування вітаміну В 12 (це спостерігається після резекції або видалення шлунку, при автоімунному гастриті); порушенням процесів всмоктування у клубовій кишці (неспецифічний виразковий коліт, хвороба Крона, гельмінтози, стан після резекції клубової кишки); недостатнім вмістом вітаміну В 12 у їжі (відмова від тваринних продуктів).

В 12 -дефіцитна анемія є макроцитарною, гіперхромною і супроводжується неврологічною симптоматикою.

2. Діагностика базується на визначенні вмісту вітаміну В 12 (знижується до 50 пг/мл і нижче) за наявності в крові гіперхромних макроцитів.

3. Лікування. Призначають ціанокобаламін і 1000 мкг внутрішньом'язово 1 раз на тиждень упродовж 5-6 тижнів.

Таласемія

1. Спадково обумовлена (автосомно-рецесивний тип) кількісна недостатність синтезу альфа- або бета-ланцюга молекули гемоглобіну. В Україні зустрічається надзвичайно рідко.

2. У разі легкої форми альфа-таласемії вагітність перебігає без ускладнень, лікування не проводять. Тяжкі форми вимагають призначення препаратів заліза Fe^{2+} , нерідко трансфузії еритроцитарної маси.

3. Особлива форма альфа-таласемії, що розвивається за умови мутації усіх чотирьох альфа-глобінових генів, майже завжди призводить до водянки плода і зрештою до його внутрішньо маткової загибелі. Ця форма також асоціюється з частим розвитком прееклампсії.

4. Якщо альфа-таласемія супроводжується спленомегалією, розродження проводять шляхом кесаревого розтину, в усіх інших випадках - через природні родові шляхи.

5. Легкі форми бета-таласемії зазвичай не перешкоджають виношуванню вагітності. Остання перебігає без ускладнень. Лікування передбачає призначення фолієвої кислоти, інколи виникає необхідність у трансфузії еритроцитарної маси. Хворі з тяжкою бета-таласемією не доживають до дітородного віку.

Гемолітичні анемії

1. Зумовлені посиленням руйнування еритроцитів, яке не компенсується активацією еритропоезу. До них відносяться серпоподібноклітинна анемія, що є проявом спадково обумовленої структурної аномалії бета-ланцюга молекули гемоглобіну; спадковий мікросфероцитоз - аномалія структурного білка мембран еритроцитів - спектрину; анемії, обумовлені вродженими ферментативними порушеннями, найчастіше недостатністю глюкозо-6-фосфатдегідрогенази еритроцитів.

2. Вагітні з гемолітичними анеміями в усіх випадках потребують кваліфікованого ведення спеціалістом гематологом. Рішення щодо можливості виношування вагітності, характеру лікування, терміну і способу розродження вирішує гематолог.

3. Призначення препаратів заліза протипоказане.

Апластична анемія

1. Трапляється у вагітних достатньо рідко, причина у більшості випадків залишається невідомою.

2. Діагноз встановлюють на підставі морфологічного дослідження пунктату кісткового мозку.

3. Вагітність протипоказана і підлягає перериванню як у ранньому, так і у пізньому терміні. У разі розвитку або виявлення апластичної анемії після 22 тижнів вагітності показане дострокове розродження.

4. Хворі складають групу високого ризику щодо геморагічних та септичних ускладнень. Високою є материнська смертність, дуже часті випадки антенатальної загибелі плода.

Додаток ПРЕПАРАТИ ЗАЛІЗА

I. Для перорального застосування

Торгова назва	Лікарська форма	Вміст заліза елементарного (мг)	Пролонговані	Аскорб. кислота	Амінокислоти/поліпептиди	Фолієва к-та
Іонні						
Заліза сульфат (Fe ²⁺)						
Актиферин	Капс.	34,5 95/10 мл	-	-	+	-
	Краплі	34/10 мл				
	Сироп Р-н	9,8/мл				
Сорбіфер Дурулес	Табл.	100	+	+	-	-
Тардиферон	Табл.	80	+	+	+	-
Гіно-Тардиферон	Табл.	80	+	+	+	+
Фенотек	Капс.	45	-	+	+	-
Фероплект	Табл.	10	-	+	-	-
Ферофол	Табл.	30	-	+	-	+
Ферроградумет	Табл.	105	+	-	-	-
Ферроплекс	Драже	10	-	+	-	-
Заліза глюконат (Fe ²⁺)						
Мегаферин	Табл.	80				
	шипучі					
Плюс залізо + С	Табл.	35	-	+	+	-
	шипучі					
Тотема	Р-н	50/10 мл	-	-	-	-
Ферронал	Табл.	300	-	-	-	-
Заліза хлорид (Fe ²⁺)						
Гемофер	Р-н	45 мг/мл	-	-	-	-
Заліза фумарат (Fe ²⁺)						
Вітафер	Капс.	?	-	+	-	+
Глобірон-Н	Капс.	100	-	-	-	+
Ранферон-12	Капс.	100 41/5 мл	-	+	-	+
Хемсі	Капс.	65	-	-	-	+
Хеферол	Капс.	100	-	-	-	-
Заліза сахарат (Fe ³⁺)						
Залізне вино	Р-н	40/10 мл	-	+	-	-
Заліза аспарагінат (Fe ³⁺)						
Феррамін-Віта	Табл.	60	-	-	-	+
Неіонні						
Гідроксидно-карбоксиметилцелюлозний комплекс (Fe ³⁺)						
Феростат	Табл.	28	-	-	-	-
Гідроксидно-полімальтозний комплекс (Fe ³⁺)						
Біофер	Табл. жув.	100	-	-	-	+
Глобірон	Сироп	50/5 мл	-	-	-	-
Мальтофер	Краплі	50/мл 10/мл	-	-	-	-
	Сироп	100				
	Табл. жув.					
Мальтофер Фол	Табл. жув.	100	-		-	+
Ферролек-Здоров'я	Амп.	50 (2 мл)	-	-	-	-
Феррум Лек	Сироп	10/мл 100	-	-	-	-

II. Для парентерального застосування

Торгова назва	Склад	Лікарська форма	Вміст заліза (мг/мл)
Венофер	Комплекс гідроксиду заліза з сахарозою	Амп. 5 мл	20
Мальтофер	Комплекс гідроксиду заліза мальтозою	Амп. 2 мл	50
Ферролек-плюс	Комплекс гідроксиду заліза та низькомолекулярного декстрану	Амп. 2 мл	50

ЗАТРИМКА РОСТУ ПЛОДА

Шифр МКХ-10 - P05

Малий для гестаційного віку (МГВ) плід відноситься до таких плодів, які не досягають специфічного біометричного або вагового порогу до відповідного гестаційного віку. Десята вагова перцентиль найбільш часто використовується для визначення МГВ. Тільки 10% дітей з найнижчою масою відносяться до плодів, малих для гестаційного віку. Чим нижча перцентиль для визначення МГВ, тим більша імовірність затримки росту плода. При цьому низька маса плода не обов'язково пов'язана з затримкою його росту.

Затримка росту плода (ЗРП) - ускладнення вагітності, яке розвивається внаслідок плацентарної недостатності і призводить до народження дитини з масо-ростовими параметрами нижче 10-ої перцентилі для даного терміну вагітності.

Вагова перцентиль новонародженого і біометричних параметрів плода визначається за допомогою спеціальних діаграм (відповідність маси дитини при народженні і біометричних параметрів плода його гестаційному віку) - рис. 1 (va782282-05) або табл. (табл. 1).

Рис. 1. Вагові перцентилі у відповідності до терміну вагітності (va782282-05).

Таблиця 1 Центильна оцінка фізичного розвитку новонародженого

Довжина тіла, см	Значення перцентилей маси тіла, г		
	P 10	P 50	P 90
Недоношений новонароджений			
34	898	1041	1205
35	1038	1199	1370
36	1178	1349	1526
37	1300	1483	1662
38	1403	1600	1791
39	1523	1737	1936
41	1762	2008	2219
42	1885	2149	2359
43	2002	2289	2488
44	2131	2430	2627
45	2236	2552	2761
46	2325	2657	2893
Доношений новонароджений			
47	2500	2720	3070
48	2620	2880	3220
49	2750	3050	3410
50	2890	3220	3600
51	3030	3380	3780
52	3150	3530	3960
53	3270	3670	4120
54	3380	3800	4280
55	3450	3930	4460
56	3520	4040	4640
57	3550	4150	4840

Класифікація. Виділяють дві форми ЗРП:

1) симетрична - маса і довжина плода пропорційно знижені, всі органи рівномірно зменшені у розмірах;

2) асиметрична - зниження маси плода при нормальних показниках його довжини, непропорційними розмірами різних органів плода.

Фактори ризику ЗРП:

1. Медичні:

- хронічна артеріальна гіпертензія;
- цукровий діабет;

- системні захворювання сполучної тканини;
- тромбофілії;
- захворювання нирок;
- прееклампсія вагітних;
- багатоплідна вагітність;
- крововтрата під час вагітності;
- аномалії пуповини та розташування плаценти;
- перинатальні інфекції;
- ЗРП в анамнезі;
- хромосомні та генетичні порушення;
- медикаменти (варфарин, фенітоїн).

2. Соціально-економічні:

- недостатнє харчування;
- тютюнопаління, вживання алкоголю, наркотиків;
- забруднення навколишнього середовища;
- професійні шкідливості.

Діагностика.

Біометричні методи:

- визначення висоти стояння дна матки (ВДМ) у II-III триместрах вагітності на основі гравідограми (рис. 2) (va782282-05). В нормі до 30 тижня приріст ВДМ складає 0,7-1,9 см на тиждень; в 30-36 тиж. - 0,6-1,2 см на тиж.; 36 і більше - 0,1-0,4 см. Відставання розмірів на 2 см або відсутність приросту протягом 2-3 тиж. при динамічному спостереженні дає підставу запідозрити ЗРП;

- ультразвукова фетометрія включає визначення розмірів голівки, окружності живота та довжини стегна. При визначенні невідповідності одного або декількох основних фетометричних показників терміну вагітності проводиться розширена фетометрія та вираховуються співвідношення лобно-потиличного розміру до біпаріетального, окружності голівки до окружності живота, біпаріетального розміру до довжини стегна, довжини стегна до окружності живота. Найбільш цінним показником є прогнозована маса плода.

За даними УЗД виділяють три ступеня тяжкості ЗРП:

- I ступінь - відставання показників фетометрії на 2 тижні від гестаційного терміну;
- II ступінь - відставання на 3-4 тижні від гестаційного терміну;
- III - більше ніж на 4 тижні.

Фетометрія є інформативною з 20 тижня вагітності (А).

Моніторинг стану плода

Для діагностики функціонального стану плода використовуються наступні біофізичні методи:

- біофізичний профіль плода (БПП) - оцінюється сума балів окремих біофізичних параметрів (дихальні рухи плода, тонус плода, рухова активність плода, реактивність серцевої діяльності плода на нестресовий тест (НСТ), об'єм навколоплодових вод);

- модифікований БПП поєднує нестресовий тест з індексом амніотичної рідини.

Таблиця 2 Оцінка результатів визначення показників біофізичного профілю плода

Параметри	Бали		
	2	1	0
Нестресовий тест (реактивність серцевої діяльності плода після його рухів за даними КТГ)	5 і більше акцелерацій ЧСС амплітудою не менше 15 уд./хв., тривалістю не менше 15 сек., пов'язаних із рухами плода за 20 хвилин спостереження	2-4 акцелерацій ЧСС амплітудою не менше 15 уд./хв., тривалістю не менше 15 сек., пов'язаних із рухами плода за 20 хвилин	1 акцелерація або відсутність її за 20 хв. спостереження
Дихальні рухи плода (ДРП)	Не менше одного епізоду ДРП тривалістю 60 сек. і більш за 30 хв. спостереження	Не менше одного епізоду ДРП тривалістю від 30 до 60 сек. за 30 хв. спостереження	ДРП тривалістю менше 30 сек. або їх відсутність за 3 хв. спостереження
Рухова активність	Не менше 3 генералізованих рухів за 30 хв.	1 або 2 генералізованих рухів за 30 хв.	Відсутність генералізованих

плода	спостереження	спостереження	рухів
Тонус плода	Один епізод і більше розгинань із поверненням у згинальне положення хребта та кінцівок за 30 хв.	Не менше одного епізоду розгинання із поверненням у згинальне положення за 30 хв.	Кінцівки в розгинальному положенні
Об'єм навколоплідних вод	Води визначаються у матці вертикальний діаметр вільної ділянки вод 2 см і більше	Вертикальний розмір вільної ділянки вод більше 1 см, але не менше 2 см	Тісне розташування дрібних частин плода, вертикальний діаметр вільної ділянки менше 1 см

Оцінка БПП 7-10 б - задовільний стан плода;
5-6 б - сумнівний тест (повторити через 2-3 дні);
4 б і нижче - патологічна оцінка БПП (вирішити питання про термінове розродження)
- доплерометрія швидкості кровотоку у артерії пуповини (відображає стан мікроциркуляції у плодовій частині плаценти, судинний опір якої відіграє основну роль у фетоплацентарній гемодинаміці) (А).

Діагностичні критерії:

Нормальний кровотік - високий діастолічний компонент на доплерограмі по відношенню до ізолінії, співвідношення амплітуди систоли до діастоли становить не більше 3.

Патологічний кровотік:

- сповільнений кровотік - зниження діастолічного компонента, співвідношення амплітуди систоли до діастоли становить більше 3;

- термінальний кровотік (свідчить про високу вірогідність антенатальної загибелі плода).

Нульовий - кровотік у фазі діастоли припиняється (на доплерограмі відсутній діастолічний компонент).

Негативний (реверсний, зворотний) - кровотік у фазі діастоли набуває зворотного напрямку (на доплерограмі діастолічний компонент нижче ізолінії).

Лише дані комплексного динамічного спостереження і, в першу чергу, акушерська ситуація дають можливість встановити діагноз та сформулювати план ведення.

Тактика ведення вагітності з ЗРП (див. алгоритм) (va782282-05).

1. Лікування захворювань вагітної, які призводять до виникнення ЗРП.

2. Поетапне динамічне спостереження за станом плода:

2.1. При нормальних показниках біофізичних методів діагностики стану плода можливе амбулаторне спостереження та пролонгування вагітності до доношеного терміну.

2.2. Госпіталізація вагітної акушерського стаціонару III рівня надання медичної допомоги здійснюється за умов наявності наступних результатів дослідження БПП і/або доплерометрії кровотоку:

- патологічна оцінка БПП (4 бали і нижче);

- повторна (через добу) сумнівна оцінка БПП (5-6 б.);

- сповільнений діастолічний кровотік в артеріях пуповини;

- критичні зміни кровотоку в артеріях пуповини (нульовий та реверсний).

2.3. При сповільненому діастолічному кровотоці у артеріях пуповини проводять дослідження БПП:

- за відсутності патологічних показників БПП проводять повторну доплерометрію з інтервалом у 7 днів;

- при наявності патологічних показників БПП, проводять доплерометрію щонайменше 1 раз на 2 дні та БПП щоденно.

Оскільки немає ефективного методу лікування ЗРП та дистресу плода (А), ключовим моментом у веденні таких вагітних є чітка оцінка стану плода та своєчасне розродження (А).

3. Погіршення показників плодового кровотоку (виникнення постійного нульового або реверсного кровотоку в артеріях пуповини) у терміні після 30 тижнів є показанням для розродження шляхом операції кесаревого розтину. У терміні до 30 тижнів вагітності, зважаючи на глибоку функціональну незрілість плода, велику імовірність перинатальних втрат, питання про спосіб

розродження вирішується індивідуально залежно від акушерської ситуації та поінформованої згоди вагітної.

Пологи

1. Розродження через природні пологові шляхи проводять (під кардіомоніторним контролем за станом плода) при нормальному або сповільненому кровотоці у артеріях пуповини, якщо немає дистресу плода (оцінка БПП 6 б. і нижче).

2. Показанням для розродження шляхом кесаревого розтину є:

- критичні зміни кровоплину у артеріях пуповини (нульовий та реверсний) - екстрене дострокове розродження треба проводити незалежно від терміну вагітності;

- гострий дистрес плода (брадікардія менше 100 уд./хв. Та патологічні децелерації ЧСС) незалежно від типу кровоточу (нормальний чи сповільнений) у артеріях пуповини під час вагітності;

- патологічний БПП (оцінка 4 б. і нижче) при відсутності біологічної зрілості шийки матки (після 30 тижнів вагітності).

Профілактика

1. Виявлення факторів ризику ЗРП та проведення динамічного контролю за пацієнтами цієї групи вагітних.

2. Дотримання вагітною режиму дня та раціональне харчування.

3. Відмова від шкідливих звичок (тютюнопаління, вживання алкоголю тощо).

Рис. Алгоритм акушерської тактики при ЗРП (va782282-05)

ПЕРЕДЧАСНИЙ РОЗРИВ ПЛОДОВИХ ОБОЛОНОК

Шифр МКХ-10: O42

Передчасний розрив плодових оболонок (ПРПО) - це спонтанний їх розрив до початку пологової діяльності у строки вагітності від 22 до 42 тижнів. Спостерігається у 10-15% пологів.

O42 Передчасний розрив плодових оболонок

O42.0 Передчасний розрив плодових оболонок в межах 24 годин до початку пологів

O42.1 Передчасний розрив плодових оболонок, початок пологів після 24-годинного безводного періоду

O42.2 Передчасний розрив плодових оболонок, затримка пологів, пов'язана з проведенням терапії

O42.9 Передчасний розрив плодових оболонок, не уточнений

1. Ведення вагітних з підозрою на ПРПО.

1.1. Госпіталізація в акушерський стаціонар III рівня надання медичної допомоги з 22 до 34 тижнів вагітності. Перед переводом вагітної з акушерських стаціонарів I-II рівнів до закладів III рівня надання медичної допомоги проводять зовнішнє акушерське обстеження, огляд шийки матки у дзеркалах та аускультацию серцебиття плода; при підтвердженому ПРПО - розпочинають профілактику респіраторного дистрес-синдрому внутрішньом'язевим введенням 6 мг дексаметазону з вказанням у направленні дози та часу його введення.

З 35 тижнів вагітності розродження може проводитися у закладах II рівня надання медичної допомоги, за необхідності - з викликом консультанта із закладу охорони здоров'я вищого рівня надання медичної допомоги.

1.2. Основні етапи обстеження у стаціонарі при госпіталізації:

- встановлення гестаційного терміну;
- визначення орієнтовного часу розриву плодових оболонок за даними анамнезу;
- діагностика наявності пологової діяльності зовнішніми методами;
- огляд шийки матки у дзеркалах.

Внутрішнє акушерське дослідження за відсутності пологової діяльності та протипоказань до очікувальної тактики ведення вагітної не проводиться (А);

- підтвердження ПРПО лабораторними методами у сумнівних випадках;
- УЗД з визначенням обсягу амніотичної рідини;
- бактеріоскопічне дослідження піхвових виділень з фарбуванням мазків за Грамом.

2. Діагностика (підтвердження) ПРПО

2.1. Огляд шийки матки в дзеркалах - візуально встановлюється вилиття амніотичної рідини із каналу шийки матки.

2.2. У разі утруднень у встановленні діагнозу у сумнівних випадках проводять диференціальну діагностику навколоплодових вод з сечею, підвищеною секрецією вагінальних і цервікальних залоз перед пологами з використанням одного або декількох нижченаведених тестів:

- Нітразиновий тест - декілька краплин рідини, взятої з піхви, наносять на смужку нітразинового паперу. За умови наявності амніотичної рідини папір забарвлюється у темно-синій колір (В).

- "Тест папороті" - феномен утворення візерунку листа папороті (арборизації). Ватним тампоном забирають матеріал з ділянки зовнішнього вічка цервікального каналу, тонким шаром наносять на чисте предметне скло після чого препарат висушують на повітрі протягом 5-7 хвилин. Препараті проглядають під мікроскопом при малому збільшенні. Виявлення кристалізації у вигляді листка папороті або деревовидної структури є підтвердженням наявності навколоплодових вод. Лист папороті, який утворюється при арборизації амніотичної рідини, має більше гілочок, ніж при арборизації цервікального слизу. "Тест папороті" вважається більш точним, ніж нітразиновий (В).

- Цитологічний тест - виявлення клітин навколоплодових вод у мазку з піхви дає менше хибних результатів, ніж нітразиновий тест, і може бути найбільш точним для підтвердження діагнозу (В).

- Визначення рН за допомогою тест-смужки: навколоплодові води мають лужну реакцію (рН 7,0-7,5), а піхвовий вміст в нормі - кислу (рН 4,0-4,4). Стерильним ватним тампоном забирають матеріал з ділянки зовнішнього вічка цервікального каналу, наносять на тест-смужку. Забарвлення смужки у синьо-зелений (рН 6,5) або синій колір (рН 7,0) свідчить про наявність в досліджуваному матеріалі навколоплодових вод. Хибнопозитивні результати можливі при попаданні крові, сечі або антисептиків.

- Дослідження мазків з піхвового вмісту за методикою

Л.С. Зейванг. На предметне скло наносять 1-2 краплини піхвового вмісту і додають одну-дві краплини 1%-ого водного розчину еозину з наступним переглядом у світлооптичному мікроскопі при малому

збільшенні. При вилитті навколоплодових вод у досліджуваній рідині серед яскраво-рожевих епітеліальних клітин піхви та еритроцитів виявляють скупчення незафарбованих без'ядерних клітин епідермісу плода, які не сприймають фарбу внаслідок того, що вкриті першородною змазкою (В).

2.3. Ультрасонографія - якщо виявлена достатня кількість амніотичної рідини, діагноз передчасного розриву плодових оболонок є сумнівним (А). У разі виявлення маловоддя та за умови хоча б одного позитивного тесту на навколоплодові води встановлюється діагноз ПРПО (В). Спонтанна пологова діяльність (без спроб індукції пологової діяльності) за умови доношеної вагітності розвивається у 70% вагітних протягом перших 24 годин від моменту констатації розриву плодових оболонок, а у 90% - в перші 48 годин (В). Очікувальна тактика у цих випадках за відсутності клінічних проявів інфекції та своєчасної антибіотикопрофілактики не підвищує частоту гнійно-запальних ускладнень у матері і у новонародженого (А).

3. Ведення вагітних із передчасним розривом плодових оболонок

Обирається індивідуальна тактика ведення залежно від терміну вагітності, супутньої патології, акушерської ситуації, акушерсько-гінекологічного анамнезу. У всіх випадках пацієнтка та її родина мають отримати докладну інформацію про стан вагітної та стан плода, переваги і можливу небезпеку того чи іншого способу подальшого ведення вагітності з отриманням письмової згоди пацієнтки. Очікувальна тактика (без індукції пологової діяльності) може бути обрана:

- у вагітних з низьким ступенем прогнозованого перинатального і акушерського ризику (А);
 - при задовільному стані плода;
 - при відсутності клініко-лабораторних ознак хоріоамніоніту (підвищення температури тіла ≥ 38 град. С, запах навколо плодових вод, серцебиття плода ≥ 170 уд./хв.; наявність двох або більше симптомів дає підставу для встановлення діагнозу хоріоамніоніту);
 - при відсутності ускладнень після вилиття навколо плодових вод (випадіння петель пуповини, відшарування плаценти та інших показань для ургентного розродження).
- У разі вибору очікувальної тактики в акушерському стаціонарі необхідно проводити:
- вимірювання температури тіла вагітної та пульсометрію двічі на добу (С);
 - визначення кількості лейкоцитів у периферичній крові залежно від клінічного перебігу, але не рідше ніж 1 раз на три доби (С);
 - бактеріоскопічне дослідження виділень із піхви 1 раз на три доби (з підрахунком кількості лейкоцитів у мазку) (С);
 - спостереження за станом плода методом аускультатії двічі на добу та, за необхідності, запису КТГ не рідше 1 разу на добу з 32 тижнів вагітності (В);
 - попередження вагітної про необхідність самостійного проведення тесту рухів плода та звертання до чергового лікаря у разі змін рухової активності плода (дуже повільні або занадто бурхливі);
 - профілактичне введення напівсинтетичних пеніцилінів або цефалоспоринів II генерації у середніх терапевтичних дозах з моменту госпіталізації протягом 5-7 діб за відсутності ознак інфекції у матері (А).

3.1. Термін вагітності 22-25 тижнів:

- спостереження за станом матері та плода без проведення внутрішнього акушерського дослідження проводиться в умовах акушерського стаціонару III рівня надання медичної допомоги;
- антибактеріальна терапія з моменту госпіталізації в акушерський стаціонар (А).

3.2. Термін вагітності 26-34 тижні:

- спостереження за станом матері та плода без проведення внутрішнього акушерського дослідження проводиться в умовах акушерського стаціонару III рівня надання медичної допомоги;
- антибактеріальна терапія з моменту госпіталізації в акушерський стаціонар (А);
- профілактика респіраторного дистрес-синдрому плода (А).

3.2.1. Профілактика респіраторного дистрес-синдрому плода проводиться внутрішньом'язевим введенням дексаметазону по 6 мг кожні 12 годин (на курс 24 мг) або бетаметазону по 12 мг кожні 12 години (на курс 24 мг). Повторні курси профілактики не проводяться (А).

3.3. Термін вагітності 35-36 тижнів:

- можлива очікувальна та активна тактика;
- при задовільному стані матері та плода і відсутності показань до оперативного розродження спостереження проводиться без проведення внутрішнього акушерського дослідження у закладах охорони здоров'я II-III рівня надання медичної допомоги;
- антибактеріальна терапія починається після 18 годин безводного проміжку (А);

- за умови відсутності розвитку спонтанної пологової діяльності через 24 години проводиться внутрішнє акушерське дослідження;
- при зрілій шийці матки індукція родової діяльності починається зранку (не раніше 6 год.) окситоцином або простагландінами (В);
- при незрілій шийці матки проводиться підготовка до пологів інтравагінальним введенням простагландину Е2 (А);
- за наявності показань проводиться розродження шляхом операції кесаревого розтину (А).

3.4. Термін вагітності 37-42 тижні:

- при відсутності спонтанної пологової діяльності через 24 години проводиться внутрішнє акушерське дослідження;
- при зрілій шийці матки проводиться індукція родової діяльності зранку (не раніше 6 год.) окситоцином або простагландином F 2 альфа (В);
- при незрілій шийці матки підготовка до пологів проводиться інтравагінальним введенням простагландину Е 2 (А);
- при наявності показань розродження проводять шляхом операції кесаревого розтину (А).

4. Тактика ведення вагітних при наявності інфекційних ускладнень.

У разі розвитку хоріоамніоніту показано завершення вагітності.

У лікувальному режимі призначають цефалоспорины III-IV генерації і метронідазол (або орнідазол) за 30 хвилин до введення цефалоспоринів (А).

Метод розродження визначається терміном вагітності, станом вагітної та плода, акушерською ситуацією.

У випадку оперативного розродження проводиться інтенсивна антибактеріальна терапія (2 антибіотики і метронідазол або орнідазол) у лікувальному режимі не менше 7 діб (С).

КЛІНІЧНО ВУЗЬКИЙ ТАЗ

Шифр МКХ-10: O65

Клінічно вузьким тазом називають усі випадки функціональної невідповідності між голівкою плода та тазом матері незалежно від їх розмірів.

O65 Утруднені пологи внаслідок аномалії таза у матері

O65.0 Утруднені пологи внаслідок деформації таза

O65.1 Утруднені пологи внаслідок загальнорівномірнозвуженого таза

O65.2 Утруднені пологи внаслідок звуження входу до таза

O65.3 Утруднені пологи внаслідок звуження виходу та середнього діаметра таза

O65.4 Утруднені пологи внаслідок невідповідності розмірів таза і плода не уточнені

O65.5 Утруднені пологи внаслідок аномалії органів таза у матері

O65.8 Утруднені пологи внаслідок інших аномалій таза у матері

O65.9 Утруднені пологи внаслідок аномалії таза у матері не уточнені

Анатомічно вузький таз є головною причиною виникнення в пологах клінічно вузького таза.

Не мають прогностичного значення (A):

- визначення невідповідності розмірів голівки плода і таза матері до початку пологів на основі зросту матері, розміру її ступні;

- проведення клінічної або рентгенологічної пельвеометрії, в тому числі і комп'ютерної томопельвіометрії;

- високе стояння голівки плода перед пологами;

- індекс Солов'йова, ромб Міхаеліса, зовнішнє і внутрішнє акушерське дослідження;

- УЗД.

Не існує надійного способу для точного прогнозування до пологів невідповідності розмірів таза матері та голівки плода. Самі пологи при головному передлежанні плода є найкращим тестом на таку відповідність. Цей діагноз виставляється лише у пологах (A).

Фактори ризику виникнення клінічно вузького таза:

- анатомічно вузький таз;

- великий плід;

- розгинальні передлежання голівки плода;

- переношена вагітність;

- гідроцефалія у плода;

- пухлини і вади розвитку плода;

- пухлини і вади розвитку таза матері;

- пухлини органів малого таза.

За наявності чинників ризику виникнення клінічно вузького таза особлива увага у пологах приділяється веденню партограми.

Умови діагностики клінічно вузького таза:

- розкриття шийки матки більше 8 см;

- відсутність плідного міхура;

- випорожнений сечовий міхур;

- нормальна скоротлива діяльність матки.

Діагностичні ознаки клінічно вузького таза:

1) відсутність поступального руху голівки при повному розкритті шийки матки та нормальній пологовій діяльності;

2) симптом Вастена врівена або позитивний (розмір Цангемейстера більше, ніж кон'югата екстерна);

3) недостатнє прилягання шийки матки до передлеглої голівки плода;

4) високе розташування контракційного кільця;

5) поява потуг при високому розташуванні голівки плода;

6) набряк шийки матки з можливим поширенням на піхву і зовнішні статеві органи;

7) симптоми здавлення сечового міхура.

За наявності двох чи більше ознак встановлюється діагноз клінічно вузького таза.

Акушерська тактика

Діагноз клінічно вузького таза є показанням до негайного розродження шляхом операції кесаревого розтину.

За умови загибелі плода розродження проводиться шляхом плідоруйнівної операції.

Акушерські щипці та вакуум-екстракція плода при клінічно вузькому тазі протипоказані.

ГЕМОРАГІЧНИЙ ШОК В АКУШЕРСТВІ

Шифр МКХ-10 - O75.1

Геморагічний шок - гостра серцево-судинна недостатність, обумовлена невідповідністю об'єму циркулюючої крові ємності судинного русла, яка виникає внаслідок крововтрати та характеризується дисбалансом між потребою тканин у кисні та швидкістю його реальної доставки.

Небезпека розвитку геморагічного шоку виникає при крововтраті 15-20% ОЦК (0,8-1,2% від маси тіла) або 750-1000 мл. Кровотеча, яка перевищує 1,5% від маси тіла або 25-30% від ОЦК (близько 1500 мл), вважається масивною.

Чинники ризику виникнення геморагічного шоку в акушерстві:

1. Патологічний преморбідний фон:
 - гіповолемія вагітних;
 - уроджені вади гемостазу;
 - набуті порушення гемостазу.
2. Кровотечі в ранні строки вагітності:
 - аборт;
 - позаматкова вагітність;
 - пухирний занос.
3. Кровотечі в пізні строки вагітності або в пологах:
 - передчасне відшарування плаценти;
 - передлежання плаценти;
 - розриви матки;
 - емболія навколоплодовими водами.
4. Кровотечі після пологів:
 - гіпо- або атонія матки;
 - затримка плаценти або її фрагментів;
 - розриви пологових шляхів.

Таблиця 1 Класифікація геморагічного шоку за клінічним перебігом і ступенем тяжкості (Чепкий Л.П. та співавт., 2003)

Ступінь тяжкості шоку	Стадія шоку	Об'єм крововтрати	
		% ОЦК	% маси тіла
1	Компенсований	15-20	0,8-1,2
2	Субкомпенсований	21-30	1,3-1,8
3	Декомпенсований	31-40	1,9-2,4
4	Необоротний	> 40	> 2,4

Таблиця 2 Критерії тяжкості геморагічного шоку

Показник	Ступінь шоку				
	0	1	2	3	4
Об'єм крововтрати, мл	< 750	750-1000	1000-1500	1500-2500	> 2500
% маси тіла	< 0,8	0,8-1,2	1,3-1,8	1,9-2,4	> 2,4
% ОЦК	< 15%	15-20%	21-30%	31-40%	> 40%
Пульс, уд./хв.	< 100	100-110	110-120	120-140	> 140 або < 40 *
Систолічний АТ, мм рт. ст.	N	90-100	70-90	50-70	< 50 **
Шоковий індекс	0,54-0,8	0,8-1	1-1,5	1,5-2	> 2
ЦВТ, мм вод. ст.	60-80	40-60	30-40	0-30	<= 0
Тест "білої плями"	N (2 с)	2-3 с	> 3 с	> 3 с	> 3 с
Гематокрит л/л	0,38-0,42	0,30-0,38	0,25-0,30	0,20-0,25	< 0,20
Частота дихання за хв.	14-20	20-25	25-30	30-40	> 40
Швидкість	50	30-50	25-30	5-15	0-5

діурезу, мл/год.					
Психічний статус	Спокій	Незначне	Тривога,	Занепокоєння,	Сплутаність
	занепо-	помірне	страх або	свідомості	
	коєння	занепо-	сплутаність	або кома	
		коєння	свідомості		

Примітка. * - на магістральних артеріях; ** - за методом Короткова, може не визначатися.

Труднощі визначення об'єму крововтрати в акушерстві обумовлені значною гемодилуцією витікаючої крові амніотичною рідиною, а також приховуванням великої кількості крові у піхві або порожнині матки.

Для орієнтовного визначення об'єму крововтрати у вагітних можливе використання модифікованої формули Moore:

$$KB = M \times 75 \times \frac{Ht_{вих} - Ht_{ф}}{Ht_{вих}}$$

де:

KB - крововтрата (мл);

M - маса тіла вагітної (кг);

H твих - вихідний гематокрит хворої (л/л);

H тф - фактичний гематокрит хворої (л/л).

Артеріальна гіпотензія вважається пізнім та ненадійним клінічним симптомом акушерського геморагічного шоку. Завдяки фізіологічній гіперволемічній аутогемодилуції у вагітних АТ може залишатися незмінним до тих пір, доки об'єм крововтрати не досягне 30%. Компенсація гіповолемії у вагітних проходить, в першу чергу, за рахунок активації симпатоадреналової системи, що проявляється вазоспазмом та тахікардією. Рано приєднується олігоурія.

Інтенсивна терапія геморагічного шоку.

Загальні принципи лікування гострої крововтрати:

1. Негайна зупинка кровотечі консервативними або хірургічними методами, в залежності від причини розвитку кровотечі (див. протокол "Акушерські кровотечі").

2. Відновлення ОЦК.

3. Забезпечення адекватного газообміну.

4. Лікування органної дисфункції та профілактика полі органної недостатності.

5. Корекція метаболічних порушень.

Першочергові дії при виникненні геморагічного шоку:

1. Оцінюють життєво важливі функції (пульс, артеріальний тиск, частоту та характер дихання, психічний статус).

2. Повідомляють відповідального чергового лікаря акушера-гінеколога або заступника головного лікаря з лікувальної роботи про виникнення кровотечі та розвиток геморагічного шоку та мобілізувати персонал.

3. Піднімають ноги або нижній кінець ліжка (положення Тренделенбурга) для підвищення венозного оберту до серця.

4. Повертають вагітну на лівий бік для запобігання розвитку аортокавального синдрому, зменшення ризику аспірації при блюванні та забезпечення вільної прохідності дихальних шляхів.

5. Катетеризують одну-дві периферичні вени катетерами великого діаметра (N N 14-16G).

За умови можливості доступу до кількох периферичних вен не слід поспішати з катетеризацією центральних вен, бо існує велика вірогідність виникнення ускладнень.

За умови розвитку шоку 3-4 ступеня необхідна катетеризація трьох вен, при цьому одна з них повинна бути центральною. Перевагу при катетеризації вени слід надавати венесекції v. Brahiales або пункції та катетеризації за Сельдингером v. Jugularis interna.

6. Набирають 10 мл крові для визначення групової та резус-належності, перехресної сумісності, вміст гемоглобіну та гематокриту і виконують тест Лі-Уайта до початку інфузії розчинів.

7. Інгаляція 100% кисню зі швидкістю 6-8 л/хв. Через носо-лицеву маску або носову канюлю.

Подальші дії для ліквідації геморагічного шоку

1. Розпочинають струминну внутрішньовенну інфузію кристалоїдів (0,9% розчин хлориду натрію, розчин Рингера, інші) та колоїдів (гелофузин). Темп, об'єм та компоненти інфузійної терапії визначаються ступенем шоку та величиною крововтрати (див. таблицю 3).

За умови розвитку шоку 2-3 ступеня, темп інфузії повинен дорівнювати 200-300 мл/хв.

Лікування геморагічного шоку є більш ефективним, за умови початку інфузійної терапії - розпочата якомога раніше, не пізніше 30 хв. від розвитку перших проявів шоку (А).

Таблиця 3 Інфузійно-трансфузійна терапія акушерської крововтрати
(Клигуненко О.М., 2002 р. з доповненнями)

Об'єм крововтрати			Загальний об'єм трансфузії (у % до деф. ОЦК)	Інфузійно-трансфузійні середовища					
деф. ОЦК	% від маси тіла	крововтрата (мл)		Кристаліди (0,9% р-н NaCl, р-н Рингера, інші)	Колоїди синтетичні	Колоїди натуральні	Ер. маса	Тромбоконтрат **	
10-20%	1-1,5%	500,0-1000,0	200-300 (до 2,5 л)	10-15 мл/кг	10 мл/кг	-	-	-	-
20-30%	1,5-2,0%	1000,0-1500,0	200 (до 3 л)	10 мл/кг	10 мл/кг	5-10 мл/кг	-	5 мл/кг	-
30-40%	2,0-2,5%	1500,0-2000,0	180 (до 4 л)	7 мл/кг	7 мл/кг	10-15 мл/кг	200 мл	10-20 мл/кг	-
40-70%	2,5-3,6%	2500,0-3000,0	170 (до 5 л)	7 мл/кг	10-15 мл/кг	15-20 мл/кг	200 мл	30 мл/кг	-
Понад 70%	Понад 3,6%	Понад 3000,0	150 (понад 6 л)	До 10 мл/кг	До 20 мл/кг	Понад 20 мл/кг	Понад 200 мл	Понад 30 мл/кг	4-10 од.

Примітки:

* - модифікований рідкий желатин (Гелофузин) не рекомендується використовувати у вагітних з прееклампсією, у цих випадках перевагу надають похідним гідроксиетилкрохмалю (рефортан, стабізол).

** - І одиниця тромбоконтрату містить не менше $11 \cdot 10^9$ тромбоцитів. Одна терапевтична доза містить від 4 до 10 одиниць.

При крововтраті більше 2-2,5% від маси тіла до терапії бажано підключити штучний переносчик кисню - перфторан у дозі 1,5-5 мл/кг.

Протипоказано застосування у програмі інфузійно-трансфузійної терапії розчини глюкози. Не рекомендується застосування декстрану (реополіглюкін), 5% розчину альбуміну (А).

За умови крововтрати не більше 20% ОЦК, можливо введення одних кристалідів (0,9% розчин хлориду натрію, розчин Рингера) в обсязі у 2-3 рази більше, ніж об'єм крововтрати (С).

Показання до гемотрансфузії визначають індивідуально у кожному окремому випадку, але слід орієнтуватися на показники вмісту гемоглобіну та гематокриту ($Hb < 70$ г/л; $Ht < 0,25$ л/л) (В).

У шоківому стані жінці не дають рідину перорально (А).

2. Зупиняють кровотечу консервативними або хірургічними методами, у залежності від причини виникнення кровотечі (див. протокол "Акушерські кровотечі").

3. Зігрівають жінку, але не перегрівають її, оскільки при цьому поліпшується периферична мікроциркуляція, а це може спричинити зменшення кровопостачання у життєво важливих органах (В). Враховуючи великий обсяг розчинів, які вводяться, їх також підігрівають до 36 град. С.

4. Катетеризують сечовий міхур.

5. Продовжують інгаляцію 100% кисню зі швидкістю 6-8 л/хв., за необхідності - ШВЛ.

Показання до ШВЛ:

- гіпоксемія ($PaO_2 < 60$ мм рт. ст. при $FiO_2 > 0,5$);
- частота дихання більше 40 за хвилину;
- низьке інспіраторне зусилля (пацієнтка не здатна створити від'ємний тиск у дихальних шляхах більше 15 см вод. ст. при максимальному зусиллі);
- крововтрата 3% від маси тіла або більше 35 мл/кг.

Використовують ендотрахеальні трубки з манжетами великого об'єму та низького тиску.

ШВЛ за умови декомпенсованого шоку проводять під контролем газового складу крові.

Якщо податливість легень збережена - підвищують позитивний тиск у кінці видиху (ПТКВ).

Оцінюють адекватність серцевого викиду і рівень гемоглобіну. За необхідності коригують алкалоз та гіпофосфатемію, що усуває зміщення кривої дисоціації оксигемоглобіну.

Критерії припинення ШВЛ:

- стабілізація клінічного стану хворої;
- частота дихання менше 30 за хвилину;
- інспіраторне зусилля менше - 15 см вод. ст.;
- $PaO_2 / FiO_2 > 80$ мм рт. ст./0,4 при ПТКВ 7 см водн. ст.;
- можливість пацієнтки самостійно подвоїти об'єм повітря, що видихається протягом хвилини.

6. Лабораторне спостереження: загальний аналіз крові, підрахунок кількості тромбоцитів, час згортання крові, коагулограма, електролітний склад крові. За наявності - КОС та газів крові.

7. Моніторне спостереження: неінвазивне визначення АТ (за умови розвитку шоку 4 ст. та за наявності апаратури - інвазивне визначення АТ), ЧСС, пульсоксиметрія, ЕКГ, термометрія, контроль погодинного діурезу. За умови розвитку шоку 3-4 ст. на тлі проведення інфузійно-трансфузійної терапії - контроль ЦВТ кожні 30-45 хвилин.

8. У разі відсутності ознак зменшення серцево-судинної недостатності (збільшення АТ, зменшення тахікардії) проводять інотропну підтримку міокарду за допомогою вазопресорів (дофамін 5-20 мкг/кг/хв., добутамін 5-20 мкг/кг/хв.).

9. При появі ознак коагулопатії проводять терапію ДВЗ-синдрому у залежності від стадії (див. протокол "Синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові в акушерстві").

10. Корекція ацидозу гідрокарбонатом натрію за умови, що рН крові $< 7,1$ (В).

Після виведення хворої з шокowego стану продовжують лікування у відділенні інтенсивної терапії.

Додаток N 1

МЕТОДИ визначення величини крововтрати

1. Метод Лібова

Об'єм крововтрати визначається після зважування серветок, які просочені кров'ю

Об'єм крововтрати = $V/2 \times 15\%$ (при крововтраті менше 1000 мл) |
| або $\times 30\%$ (при крововтраті більше 1000 мл) |

де V - вага серветок, 15% і 30% - величина помилки на навколоплодові води, дезрозчини.

2. Формула Нельсона

Процентне співвідношення загального об'єму крововтрати розраховується наступним чином:

| $0,036 \times \text{вихідний об'єм крові}$ |
| $\frac{\quad}{\text{маса тіла}}$ x гематокрит |

| $\text{Вихідний об'єм крові (мл/кг)} = \frac{24}{0,86 \times \text{вихідний гематокрит}}$ x 100 |

3. Шоковий індекс Альговера

| Шоковий індекс = $\frac{\text{ЧСС}}{\text{АТ с}}$ |

де ЧСС - частота серцевих скорочень

АТ с - систолічний артеріальний тиск

У нормі індекс Альговера = 1.

За величиною індексу можна зробити висновки про величину крововтрати

Індекс Альговера	Об'єм крововтрати (у % від ОЦК)
0,8 і менше	10%
0,9-1,2	20%

1,3-1,4	30%
1,5 і більше	40%

Примітка. Індекс Альговера не інформативний у хворих з гіпертонічною хворобою.

4. Гематокритний метод Мооге

$$KB = OЦК (н) \times (ГТ (н) - ГТ (ф)) / ГТ (н)$$

KB - крововтрата

OЦК (н) - нормальний OЦК

ГТ (н) - гематокрит у нормі (у жінок - 42)

ГТ (ф) - гематокрит фактичний, визначений після зупинки кровотечі та стабілізації гемодинаміки.

Для орієнтовного визначення об'єму крововтрати у вагітних можливо використання модифікованої формули Мооге:

$$KB = M \times \frac{N_{\text{вих}} - N_{\text{тф}}}{75 - N_{\text{вих}}}$$

де:

KB - крововтрата (мл);

M - маса тіла вагітної (кг);

N_{вих} - вихідний гематокрит хворої (л/л),

N_{тф} - фактичний гематокрит хворої (л/л).

Додаток N 2 ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ВІДНОВЛЕННЯ OЦК

Інфузійно-трансфузійна терапія акушерської крововтрати (Клигуненко О.М., 2002 р. з додатками)

Об'єм крововтрати		Загальний об'єм		Інфузійно-трансфузійні середовища							
деф. OЦК	% від маси тіла	крововтрата (мл)	трансфузії (у % до деф. OЦК)	Кристаліди	Колоїди	Ер. маса Тромбоконтрат **					
			(0,9% р-н NaCl, р-н Рингера, інші та інші)	синтетичні	натуральні						
10-20%	1-15%	500,0-1000,0	200-300	10-15	10 мл/кг	-	-	-	-	-	-
20-30%	1,5-2,0%	1000,0-1500,0	200 (до 3 л)	10 мл/кг	10 мл/кг	5-10 мл/кг	-	5 мл/кг	-	-	-
30-40%	2,0-2,5%	1500,0-2000,0	180 (до 4 л)	7 мл/кг	7 мл/кг	10-15 мл/кг	200 мл	10-20 мл/кг	-	-	-
40-70%	2,5-3,6%	2500,0-3000,0	170 (до 5 л)	7 мл/кг	10-15 мл/кг	15-20 мл/кг	200 мл	30 мл/кг	-	-	-
Понад 70%	Понад 3,6%	Понад 3000,0	150 (понад 6 л)	До 10	До 20 мл/кг	Понад 20 мл/кг	Понад 200 мл	Понад 30 мл/кг	Понад 4-10 од.		

Примітки:

* - модифікований рідкий желатин (Гелофузин) не рекомендується використовувати у вагітних з преєклампсією, у цих випадках перевагу надають похідним гідроксиетилкрохмалю (рефортан, стабізол).

** - І одиниця тромбоконтрату містить не менше 0,5 x 10¹¹ тромбоцитів. Одна терапевтична доза містить від 4 до 10 одиниць.

МЕДИЧНИЙ АБОРТ

МКХ-10 - О04

Медичний (штучний) аборт - переривання вагітності, викликане впливом безпосередньо на плідне яйце, матку, організм вагітної.

1. Обсяг обстеження для проведення медичного аборту:

1.1. Анамнез:

- визначення першого дня останньої менструації;
- болючість та нагрубання молочних залоз;
- нудота та блювання;
- стомлюваність;
- зміна апетиту;
- збільшення частоти сечовипускання.

1.2. Об'єктивний огляд:

- бімануальне дослідження;
- виключення ПСШ та соматичних захворювань;
- огляд шийки матки.

1.3. Лабораторне обстеження:

- аналіз крові на RW;
- у першовагітних визначають резус-приналежність;
- визначення ступеня чистоти вагінального вмісту та особливостей мікробіоценозу піхви;
- цитологічне дослідження мазку із шийки матки (при першому зверненні у поточному році);
- тестування на ВІЛ за добровільною згодою після проведеного дотестового консультування.

1.4. Ультразвукове дослідження проводять у випадках, коли необхідно виключити позаматкову вагітність у терміні до 6 тижнів вагітності.

1.5. Оцінка факторів ризику:

1.5.1. Для всіх видів переривання вагітності:

- захворювання крові;
- алергічні реакції на медикаменти;
- регулярний прийом лікарських засобів;
- у випадку діагностування ПСШ - лікування та санація.

1.5.2. Протипоказання для медикаментозного переривання вагітності із застосуванням міфепристону та мізопростолу:

- термін з першого дня останньої менструації понад 49 днів;
- надниркова недостатність;
- тяжка форма бронхіальної астми;
- алергія до препаратів міфепристону та мізопростолу;
- протипоказання до застосування простагландинів;
- серцево-судинні захворювання;
- паління: понад 10 сигарет на день жінками віком понад 35 років;
- ниркова недостатність;
- захворювання печінки;
- грудне вигодовування.

1.6. Передабортне консультування - це добровільне конфіденційне консультування спеціалістом щодо:

1) усвідомленого, поінформованого вибору рішення перервати вагітність (А);

2) особливостей операції переривання вагітності, можливих ускладнень та рекомендацій, пов'язаних з абортom;

3) післяабортної контрацепції та послуг з планування сім'ї.

2. Методи виконання штучного аборту до 12 тижнів вагітності:

- вакуум-аспірація порожнини матки (затримка менструації не більше 20 днів);
- дилатація шийки матки та вишкрібання стінок порожнини матки (кюретаж) (вагітність у терміні до 12 тижнів);

- медикаментозний аборт (до 49 днів з першого дня останньої менструації).

2.1. Підготовка шийки матки.

Підготовка шийки матки перед інструментальною евакуацією плідного яйця із порожнини матки проводиться у всіх випадках.

Пріоритетними групами є:

- 1) жінки, які мають аномалії розвитку шийки матки;
- 2) попередні операції та втручання на шийці матки;
- 3) вагітні дівчатка-підлітки, які мають високий ризик

травмування та кровотеч під час аборту.

Призначається: мізопростол 400 мкг вагінально - за 3-4 години до операції або мізопростол 400 мкг перорально за 3-4 години до операції (А), або інші засоби при наявності протипоказань до використання простагландинів.

2.2. Знеболення під час проведення аборту.

2.2.1. Медикаментозне знеболення проводиться у всіх випадках виконання операції аборту. Для цього застосовуються три типи медикаментозних засобів - окремо або в комбінації: анальгетики, транквілізатори, анестетики. Ненаркотичні анальгетики - нестероїдні протизапальні препарати - сприяють зменшенню больових відчуттів (А).

2.2.2. При виконанні вакуум-аспірації порожнини матки використовується для знеболення:

1) локальна анестезія - парацервікальна блокада в 4 точки з використанням анестетику типу лідокаїну (після проведення проби на індивідуальну переносимість) перед виконанням механічного розширення цервікального каналу.

Використання локальної анестезії з вакуум-аспірацією є найбільш безпечним та ефективним методом виконання штучного аборту (А).

2) аналгезія;

3) легка седація (А).

2.2.3. При виконанні штучного аборту з використанням техніки дилатації та кюретажу застосовується глибока або легка седація, аналгезія та/або локальна анестезія.

2.3. Техніка штучного аборту

2.3.1. Вакуум-аспірація (ВА) - евакуація вмісту порожнини матки через пластикову або металічну канюлю, приєднану до вакуумного насосу.

Електрична вакуумна аспірація (ЕВА) передбачає використання електричного вакуумного насосу.

При вагітності малого терміну - до 5 тижнів - можливо увести канюлю малого діаметра (5-6 мм) у порожнину матки без попереднього розширення цервікального каналу.

Аборт з використанням техніки ЕВА може продовжуватись від 3 до 10 хвилин.

Після ВА жінка знаходиться під наглядом лікаря не менше 30 хвилин.

2.3.2. Дилатація та кюретаж (ДК) - "гострий кюретаж" - передбачає розширення цервікального каналу механічним шляхом з використанням спеціальних розширювачів Гегара або фармакологічних засобів та наступним використанням "гострого" вишкрібання стінок матки металічними кюретками.

ВА має переваги перед ДК: є більш безпечною та менш болючою маніпуляцією, супроводжується меншою крововтратою (А).

2.3.3. Медикаментозне переривання вагітності проводиться за бажанням жінки в терміни до 49 днів з першого дня останньої менструації шляхом застосування препаратів міфепристону та мізопростолу, що є ефективним, більш безпечним та прийнятним для ранніх термінів вагітності (А).

Жінка приймає одноразово отримані у акредитованому лікувальному закладі 200 мг (1 таблетка) міфепристону з обов'язковим наступним (через 36-48 годин) прийомом 400 мкг мізопростолу в умовах стаціонару під контролем лікаря (С).

Через кілька годин (як правило, протягом 3-6 годин) після прийому мізопростолу починається маткова кровотеча у зв'язку із вигнанням плідного яйця.

Спостереження пацієнток після медикаментозного аборту:

- у зв'язку з появою після прийняття мізопростолу болісних маткових скорочень, можливо нудоти, блювання та проносу, доцільно залишити жінку для спостереження в умовах стаціонару протягом однієї доби (але не менше 3-4 годин);

- через 7-10 днів після застосування мізопростолу в амбулаторних умовах проводиться огляд пацієнтки для виключення неповного вигнання плідного яйця, що спостерігається у 5% випадків;

- проводиться ультразвукове дослідження для підтвердження відсутності плідного яйця в порожнині матки;

- у разі неповного видалення плідного яйця, кровомазання, що триває, проводиться діагностичне вишкрібання порожнини матки з направленням отриманого матеріалу на гістологічне дослідження (див. п. 2.3.2).

Після штучного переривання першої вагітності жінкам з резус-негативною приналежністю крові проводиться імунізація введенням 1 дози імуноглобуліну антирезус.

3. Ускладнення штучного аборту:

3.1. Неповний аборт - кровотеча із статевих шляхів, біль у животі, симптоми інфікування.

Тактика: підготовлений персонал (досвідчений фахівець):

1) здійснюється реєвакуція вмісту порожнини матки з використанням вакуум-аспіратора;

2) проводиться диференційна діагностика больового синдрому або наявності кровотечі іншого генезу, виключення наявності інфекції.

3.2. Прогресуюча вагітність - встановлюється на підставі результатів динамічного спостереження.

Тактика: проводиться переривання вагітності методом дилатації шийки матки та кюретажу порожнини матки.

3.3. Маткова кровотеча - може бути наслідком залишків плідного яйця в порожнині матки, травми або пошкодження шийки матки, перфорації матки.

Тактика: в залежності від причини - реєвакуція залишків з порожнини матки, застосування утеротоніків до зупинки кровотечі (не рекомендується використовувати окситоцин), внутрішньовенне введення розчинів, за показаннями - гемотрансфузія, лапароскопія, при відсутності умов - лапаротомія.

3.4. Наявність інфекції - часто є ускладненням неповного аборту, що має характерні симптоми: гіпертермія, виділення із статевих шляхів з неприємним' запахом, болі у животі та попереку, кров'яні виділення із статевих шляхів, що продовжуються, зміни у формулі крові.

Тактика: госпіталізація, антибіотикотерапія, при покращенні загального стану - реєвакуція вмісту порожнини матки.

4. Післяабортне спостереження та консультування

Післяабортне консультування проводиться лікарем акушером-гінекологом, який здійснював аборт.

Мета: інформування жінки про можливі ускладнення післяабортного періоду і методи їх профілактики, з питань гігієни статевих стосунків, сучасних методів контрацепції, здорового способу життя, запобігання інфекціям, що передаються статевим шляхом.

Після аборту велике значення має своєчасність застосування методів контрацепції у попередженні небажаної вагітності. Індивідуальний підбір контрацептиву здійснюється підготовленим спеціалістом з питань планування сім'ї відповідно до сучасних методів та принципів застосування контрацепції.