

УДК 618
К-49

Клинические протоколы (акушерство) / А. А. Шмидт, Т. К. Тихонова, К-49 Д. И. Гайворонских [и др.]. — 3-е изд., доп. — Санкт-Петербург : СпецЛит, 2018. — 271 с.
ISBN 978-5-299-00947-7

Данное издание подготовлено коллективом кафедры акушерства и гинекологии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова под руководством заведующего кафедрой А. А. Шмидта.

Сборник клинических протоколов включает основные нозологические формы и клинические ситуации, встречающиеся в практической работе врачей акушерских стационаров. Протоколы составлены на основе действующих регламентирующих документов МЗ РФ, материалов отечественной и зарубежной литературы, съездов и конгрессов акушеров-гинекологов и данных собственного опыта авторов.

Издание рассчитано на практических врачей акушеров-гинекологов, врачей, обучающихся в системе последипломного образования по специальности Акушерство и гинекология.

Данные протоколы утверждены на заседании Ученого совета
Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова
(Протокол № 4 от 28.12.2015).

УДК 618

ISBN 978-5-299-00947-7

© Коллектив авторов, 2018

© ООО «Издательство „СпецЛит“», 2018

КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ

- Шмидт**
Андрей Александрович — к. м. н., заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ВМА им. С. М. Кирова
- Тихонова**
Татьяна Кирилловна — к. м. н., доцент кафедры акушерства и гинекологии ВМА им. С. М. Кирова
- Гайворонских**
Дмитрий Иванович — к. м. н., доцент кафедры акушерства и гинекологии ВМА им. С. М. Кирова
- Бескровный**
Сергей Васильевич — к. м. н., доцент кафедры акушерства и гинекологии ВМА им. С. М. Кирова, Заслуженный врач РФ
- Добровольская**
Ирина Алексеевна — к. м. н., доцент кафедры акушерства и гинекологии ВМА им. С. М. Кирова
- Иванова**
Лидия Алексеевна — к. м. н., доцент кафедры акушерства и гинекологии ВМА им. С. М. Кирова
- Иванова**
Лариса Васильевна — к. м. н., доцент кафедры акушерства и гинекологии ВМА им. С. М. Кирова, Заслуженный врач РФ
- Каплун**
Ирина Борисовна — к. м. н., доцент кафедры акушерства и гинекологии ВМА им. С. М. Кирова
- Анашкина**
Раиса Ивановна — ассистент кафедры акушерства и гинекологии ВМА им. С. М. Кирова
- Атаянц**
Карине Маратовна — к. м. н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии ВМА им. С. М. Кирова
- Базолина**
Елена Александровна — к. м. н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии ВМА им. С. М. Кирова
- Варфоломеев**
Дмитрий Иванович — к. м. н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии ВМА им. С. М. Кирова
- Попова**
Анна Вячеславовна — к. м. н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии ВМА им. С. М. Кирова
- Силаева**
Елена Африкановна — к. м. н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии ВМА им. С. М. Кирова
- Тимофеева**
Наталья Борисовна — к. м. н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии ВМА им. С. М. Кирова
- Арутюнова**
Светлана Станиславовна — заведующая послеродовым отделением акушерской клиники ВМА им. С. М. Кирова

Балабанова Наталья Константиновна	— заведующая родильным отделением акушерской клиники ВМА им. С. М. Кирова
Козловский Сергей Николаевич	— заведующий операционным отделением акушерской клиники ВМА им. С. М. Кирова
Степанова Светлана Терентьевна	— заведующая дородовым отделением акушерской клиники ВМА им. С. М. Кирова
Андрианова Евгения Владимировна	— врач женской консультации ВМА им. С. М. Кирова
Егорова Анна Андреевна	— врач акушер-гинеколог акушерской клиники ВМА им. С. М. Кирова
Иванов Александр Сергеевич	— врач акушер-гинеколог акушерской клиники ВМА им. С. М. Кирова
Спирина Ксения Васильевна	— врач акушер-гинеколог акушерской клиники ВМА им. С. М. Кирова
Фесенко Татьяна Викторовна	— врач женской консультации ВМА им. С. М. Кирова
Фрумкина Анна Сергеевна	— врач акушер-гинеколог акушерской клиники ВМА им. С. М. Кирова

ОГЛАВЛЕНИЕ

Клинический протокол № 1. Физиологические роды	7
Клинический протокол № 2. Послеродовой период	19
Клинический протокол № 3. Преждевременное излитие околоплодных вод при недоношенной беременности (22 недели — 36 недель и 6 дней)	31
Клинический протокол № 4. Преждевременное излитие околоплодных вод при доношенной беременности (38–41-я неделя)	37
Клинический протокол № 5. Патологический прелиминарный период	42
Клинический протокол № 6. Медикаментозный сон-отдых	45
Клинический протокол № 7. Подготовка родовых путей к родам. Родовозбуждение	48
Клинический протокол № 8. Самопроизвольный аборт (выкидыш)	53
Клинический протокол № 9. Истмико-цервикальная недостаточность	61
Клинический протокол № 10. Ведение беременности, родов и послеродового периода при позднем гестозе	68
Клинический протокол № 11. Анемия во время беременности и в родах	86
Клинический протокол № 12. Плацентарная недостаточность	98
Клинический протокол № 13. Преждевременные роды	106
Клинический протокол № 14. Ведение беременности и родов при тазовом предлежании плода	117
Клинический протокол № 15. Слабость родовой деятельности	125
Клинический протокол № 16. Дистоция шейки матки	134

Клинический протокол № 17.	
Ведение беременности и родов при тенденции к перенашиванию . . .	139
Клинический протокол № 18.	
Ведение беременности и родов у женщин с рубцом на матке	145
Клинический протокол № 19.	
Ведение беременности и родов при многоводии	153
Клинический протокол № 20.	
Особенности ведения беременности и родов при многоплодии	158
Клинический протокол № 21.	
Беременность и роды при инфекции мочевыводящих путей	165
Клинический протокол № 22.	
Хориоамнионит при беременности и в родах	177
Клинический протокол № 23.	
Предлежание плаценты	186
Клинический протокол № 24.	
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	192
Клинический протокол № 25.	
Кровотечения в послеродовом и в раннем послеродовом периоде.	198
Клинический протокол № 26.	
Ведение родильниц с лохиометрой	211
Клинический протокол № 27.	
Послеродовой метроэндометрит	214
Клинический протокол № 28.	
Постгеморрагическая анемия у родильниц.	221
Клинический протокол № 29.	
Острая хирургическая патология в акушерстве	228
<i>Приложения</i>	<i>244</i>
<i>Литература</i>	<i>270</i>

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ РОДЫ

МКБ-10	O80	Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение
--------	-----	---

Определение и задачи

Физиологические роды — процесс изгнания плодного яйца (плода, плаценты, околоплодных вод) через естественные родовые пути при доношенном сроке беременности.

Характеристика нормальных родов:

- Одноплодная беременность.
- Головное предлежание плода, затылочное вставление головки плода.
- Соразмерность головки плода и таза матери.
- Доношенная беременность — срок беременности с 37 недель и 1 день до 41 недели.
- Спонтанное начало родовой деятельности.
- Продолжительность родов: у первородящих — более 6 ч, у повторнородящих — более 4 ч, но не более 18 ч.
- Координированная родовая деятельность, не требующая коррекции.
- Своевременное излитие околоплодных вод (после 6 см раскрытия).
- Отсутствие осложнений в родах.
- Отсутствие травм родовых путей у женщины.
- Отсутствие применения родоразрешающих операций в родах (вакуум-экстракции, акушерских щипцов, кесарева сечения, извлечения плода за тазовый конец).
- Отсутствие у ребенка гипоксических, травматических или инфекционных осложнений.
- Физиологическая кровопотеря в послеродовом и раннем послеродовом периодах не выше 0,5% массы тела роженицы.

- Удовлетворительное состояние матери и ребенка после родов.

Задачи оказания помощи

Основная цель оказания помощи во время нормальных родов — обеспечить безопасность для женщины и ребенка при минимальном вмешательстве в физиологический процесс.

Акушерская тактика в нормальных родах

Мероприятия в приемном отделении

При обращении женщины в приемное отделение необходимо оценить общее состояние, жалобы, произвести термометрию и осмотр кожных покровов, измерить артериальное давление, выслушать сердцебиение плода. Изучить данные обменной или амбулаторной карты.

Акушерка приемного отделения

- Производит регистрацию.
- Оформляет титульные листы:
 - истории родов:
 - паспортные данные;
 - место работы и должность;
 - сведения о родственниках;
 - истории развития новорожденного.
- Получает информированное согласие на необходимые медицинские манипуляции, проводимые в лечебном учреждении.

Дежурный врач

Заполняет историю родов, в которой должны быть отражены:

- Жалобы.
- Аллергологический анамнез.
- Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными, пребывание в странах с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой в течение последних 3 лет.
- Семейный анамнез, наследственность (туберкулез, сифилис, психические, онкологические заболевания, диабет, многоплодие).
- Сведения о муже (возраст, состояние здоровья, вредные привычки, группа крови, резус-фактор).
- Условия труда и быта (профессиональные вредности, санитарно-гигиенические условия на работе и в быту, питание, отдых).
- Сведения о хронических интоксикациях:
 - курение;
 - употребление алкоголя;

- прием наркотических препаратов.
- Перенесенные заболевания, в т. ч. гепатит А, В, С.
- Перенесенные травмы.
- Оперативные вмешательства:
 - их течение, методы и сроки лечения;
 - осложнения;
 - гемотрансфузии.
- Характеристика менструальной функции (время появления и установления, характер менструального цикла, первый день последней менструации).
- Половая функция, контрацепция (методы, длительность использования), начало половой жизни.
- Перенесенные гинекологические заболевания (время возникновения, длительность заболевания, лечение, исход).
- Детородная функция: паритет, течение и исход предыдущих беременностей в хронологической последовательности, характер предыдущих родов, масса и рост новорожденных, течение послеродового и послеродового периодов.
- Течение настоящей беременности по триместрам:
 - I триместр (до 13 нед) — общие заболевания, осложнения беременности, дата первой явки в женскую консультацию и срок беременности, установленный при первом обращении, результаты анализов, прием лекарственных средств;
 - II триместр (13–28 нед) — общие заболевания и осложнения в течение беременности, прибавка в весе, цифры артериального давления, результаты анализов, дата первого шевеления плода, прием лекарственных средств;
 - III триместр (29–40 нед) — общая прибавка в весе за беременность, цифры артериального давления, результаты анализов, заболевания и осложнения во время беременности, прием лекарственных средств.
- Результаты ультразвукового исследования (дата, срок, особенности).
- Расчет предполагаемой даты родов:
 - по дате последней менструации;
 - по данным УЗИ в сроки от 8 до 20 нед беременности.
- **Производит общий осмотр:**
 - оценка общего состояния;
 - кожные покровы;
 - термометрия общая;
 - телосложение;
 - измерение массы тела;
 - измерение роста;

- исследование пульса и артериального давления на периферических артериях;
 - аускультация тонов сердца;
 - аускультация легких;
 - осмотр молочных желез;
 - пальпация живота, определение размеров печени;
 - проба поколачивания по поясничной области.
- **Производит наружное акушерское исследование:**
- измерение размеров матки: высота дна матки и окружность живота;
 - измерение размеров таза (*d. spinarum, d. cristarum, d. trochanterica, c. externa*);
 - пальпация плода: положение, позиция, предлежание, отношение головки к плоскостям таза;
 - определение предполагаемой массы плода;
 - аускультация плода с помощью акушерского стетоскопа или по КТГ;
 - осмотр наружных половых органов и промежности.
- **Производит внутреннее акушерское исследование:**
- осмотр в зеркалах (при необходимости): оценка слизистой влагалища и шейки матки, характера выделений, околоплодных вод;
 - влагалищное исследование:
 - оценка структурных изменений шейки матки (степени сглаживания шейки матки, раскрытия маточного зева);
 - целостности плодного пузыря;
 - определение высоты стояния предлежащей части плода, особенности плоскостей малого таза;
 - определение диагональной конъюгаты;
 - оценка характера околоплодных вод и влагалищных выделений.
- **Формулирует предварительный диагноз.**
- **Составляет план ведения родов.**

После осмотра врача производится санитарная обработка роженицы (сбривание волос на промежности, клизма, душ) и перевод ее в родильное отделение.

Мероприятия, проводимые в родильном отделении:

- Оценка внутриутробного состояния плода — непрерывный КТГ-мониторинг (при наличии возможности).
- Составление плана дополнительного обследования роженицы (при наличии показаний):
 - определение группы крови и резус-фактора, если не определены ранее в данном учреждении;

- клинический анализ крови (при анемии, если последний анализ крови был сделан более 1 мес назад);
- общий анализ мочи (при позднем гестозе, гестационном или хроническом пиелонефрите, мочекаменной болезни);
- биохимический анализ крови и коагулограмма (по показаниям);
- ультразвуковое исследование плода (в дневное время при наличии акушерских показаний).

Организационные положения

1. Роды рекомендуется проводить в индивидуальном родильном зале (при наличии возможности).
2. Роды ведет врач, акушерка выполняет назначения врача, следит за состоянием женщины и плода, под наблюдением врача оказывает ручное пособие при рождении плода; осуществляет уход за новорожденным.
3. Роженицу знакомят с планом ведения родов, получают ее согласие на предполагаемые манипуляции и операции в родах.
4. Приветствуется участие в родах мужа или близкого родственника (мать, сестра) — семейные роды.
5. В I и начале II периода родов роженица может выбирать любое удобное для себя положение, может сидеть, ходить, стоять, использовать опору, мяч.
6. Во время нормальных родов женщине из группы низкого риска осложнений разрешено пить воду небольшими порциями, небольшое количество легкой пищи (печенье, шоколад, легкий бульон) можно позволить только в начале латентной фазы I периода родов.
7. Устанавливается постоянный внутривенный катетер в периферическую вену.
8. Запись дневников в истории родов проводится не реже чем каждые 2–3 ч.

Клиническое ведение родов

Ведение I периода родов

1. Контроль за состоянием роженицы:
 - Оценка жалоб:
 - головокружение;
 - головная боль;
 - нарушение зрения и др.
 - Оценка состояния роженицы:
 - температура тела (36–37° С) (измеряют каждые 4 ч);
 - причины гипертермии в родах:

- инфекция,
 - дегидратация.
 - ЧСС (80–100 уд./мин) (оценивают в латентной фазе через 2 ч, в активной фазе через 1 ч);
 - причины тахикардии:
 - беспокойство,
 - боль,
 - повышение температуры,
 - дегидратация,
 - шок;
 - артериальное давление (в родах $100/60 < АД < 140/90$ мм рт. ст., измеряют на двух руках: в латентной фазе каждые 2 ч, в активной фазе — каждый час);
 - причины гипертензии в родах:
 - гипертензивные состояния при беременности,
 - беспокойство,
 - боль;
 - причины гипотензии в родах:
 - синдром сдавления нижней полой вены,
 - шок;
 - оценка диуреза (в родах мочеиспускание должно быть каждые 2 ч, объем — не менее 20 мл в час);
 - причины олигурии:
 - дегидратация,
 - преэклампсия,
 - шок.
2. Оценка сократительной активности матки:
- частота схваток за 10 мин;
 - продолжительность схватки;
 - степень болевых ощущений;
 - характер выделений из половых путей;
 - определение высоты стояния контракционного кольца (признак Шатц–Унтербергера): 1 поперечный палец выше верхнего края лонного сочленения соответствует 2 см раскрытия маточного зева.
3. Контроль за состоянием плода:
- кардиотокография плода:
 - непрерывная с момента поступления в родильное отделение фетальным монитором;
 - или проводными аппаратами в течение не менее 20–30 мин:
 - при поступлении,
 - после излития околоплодных вод,

- перед проведением обезболивания родов,
 - перед назначением медикаментозного сна-отдыха,
 - в потужном периоде,
 - в случае осложнения родов (кровотечение, аномалии родовой деятельности, гипоксия плода и т. д.).
4. Влагалищное исследование, по показаниям:
- при поступлении роженицы в акушерское отделение;
 - после излития околоплодных вод;
 - перед обезболиванием;
 - каждые 4 ч в течение родов для оценки родовой деятельности;
 - при изменении акушерской ситуации (ухудшение состояния роженицы, нарушение сердцебиения плода, появление кровяных выделений из половых путей, ослабление или чрезмерное усиление родовой деятельности и пр.).

Критерии достаточности родовой деятельности в периоде раскрытия

- Регулярные схватки с прогрессирующим увеличением их частоты и продолжительности.
 - Достаточная скорость раскрытия маточного зева (оценивается по соответствию скорости раскрытия маточного зева продолжительности фаз периода раскрытия):
 - продолжительность латентной фазы родов (от начала родов до 4 см раскрытия маточного зева): у первородящих — не более 6,5 ч, у повторнородящих — не более 5 ч;
 - темп раскрытия в активной фазе родов (с 4 до 8 см раскрытия маточного зева): у первородящих — не менее 1 см/ч, у повторнородящих — не менее 2 см/ч;
 - фаза замедления (с 8 см до полного раскрытия маточного зева): у первородящих — не менее 0,5 см/ч, у повторнородящих — чаще всего отсутствует;
 - при 6 см раскрытия маточного зева — головка плода должна быть малым сегментом во входе в малый таз;
 - при 8 см раскрытия маточного зева — головка плода должна быть большим сегментом во входе в малый таз.
 - Маточный зев хорошо должен прилежать к предлежащей части.
 - Продвижение головки плода во время схватки.
5. **Амниотомия** — вскрытие плодного пузыря:
- *Своевременная* — при раскрытии маточного зева более 6 см.
 - *Ранняя амниотомия* — при раскрытии маточного зева не менее 4 см, показаниями к проведению которой могут быть:
 - плоский плодный пузырь;

- многоводие;
- артериальная гипертензия;
- слабость родовой деятельности;
- кровотечение;
- перед назначением медикаментозной родостимуляции.

Относительные противопоказания к ранней амниотомии (сохранение плодного пузыря до полного раскрытия маточного зева):

- анатомически узкий таз;
 - крупный плод;
 - тазовое предлежание плода;
 - преждевременные роды.
6. Возможно применение лекарственных препаратов по показаниям:
- спазмолитики однократно, в активную фазу родов:
 - *но-шпа*, *папаверин* в/м, в/в;
 - наркотические анальгетики:
 - *промедол 2%* 1 мл в/м.
7. Эпидуральная анестезия (перед обезболиванием и в процессе обезболивания осмотр врачом-анестезиологом — по протоколу обезболивания).

Ведение II периода родов

Продолжительность II периода родов (периода изгнания) у первородящих до 2 ч, у повторнородящих — до 1 ч, в течение которых проводятся:

1. Контроль за состоянием роженицы:
 - Оценка жалоб:
 - головокружение,
 - головная боль,
 - нарушение зрения и др.
 - Оценка состояния роженицы:
 - контрольное исследование пульса, артериального давления, частоты дыхания каждый час.
2. Оценка родовой деятельности по темпу продвижения головки плода:
 - Определение высоты расположения головки плода наружными приемами или при влагалищном исследовании.
 - Определение признака Вастена (определение соответствия головки плода ко входу в малый таз).
 - Оценка признака Пискачака (определение расположения нижнего полюса головки по отношению к тазовому дну).
3. Контроль потужного периода:

- Продолжительность не более 20 мин в конце периода изгнания.
- В норме потуги должны появляться при расположении головки плода не выше узкой части полости малого таза:
 - если при головке плода, расположенной в узкой части полости или выходе таза, у женщины появляются эффективные потуги (поступательное движение головки плода при нормальном состоянии женщины и отсутствии признаков страдания плода), нет необходимости в регулировании потуг; в это время происходят:
 - врезывание головки плода — рождение головки плода до теменных бугров (вне потуги головка плода возвращается во влагалище);
 - прорезывание головки плода — рождение головки плода теменными буграми (вне потуги головка плода фиксирована во входе в малый таз);
 - при отсутствии эффективной потужной деятельности изменяют регулирование потуг, обращая внимание женщины на обеспечение правильного дыхания, координированность схватки и потуги, правильное распределение усилий, направленных на продвижение головки плода.

4. Оценка состояния плода:

- Аускультация сердцебиения плода в течение 0,5–1 мин в начале II периода родов каждые 15 мин, далее после каждой потуги.
- Непрерывное кардиомониторное наблюдение (КТГ).

Критерии достаточности родовой деятельности в периоде изгнания:

- Продвижение головки плода по родовому каналу матери в течение 1–2 ч.
- Не менее 4–5 схваток за 10 мин.
- Своевременное начало потуг, достаточных по силе и продолжительности.

5. При прорезывании головки плода:

- вызов на роды неонатолога;
- подготовка к приему ребенка:
 - раскрытие родового комплекта,
 - согревание пеленального стола, детского белья и др.

6. Акушерское ручное пособие в родах:

- к оказанию данного пособия следует приступить только с момента прорезывания головки плода;
- оказывает акушерка;

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ (АКУШЕРСТВО)

Подписано в печать 19.02.2018. Формат $60 \times 88 \frac{1}{16}$.
Печ. л. 17. Тираж 1500 экз. Заказ

ООО «Издательство „СпецЛит“».
190103, Санкт-Петербург, 10-я Красноармейская ул., 15,
тел./факс: (812) 495-36-09, 495-36-12
www.speclit.spb.ru

Первая Академическая типография «Наука»,
199034, Санкт-Петербург, 9-я линия, 12