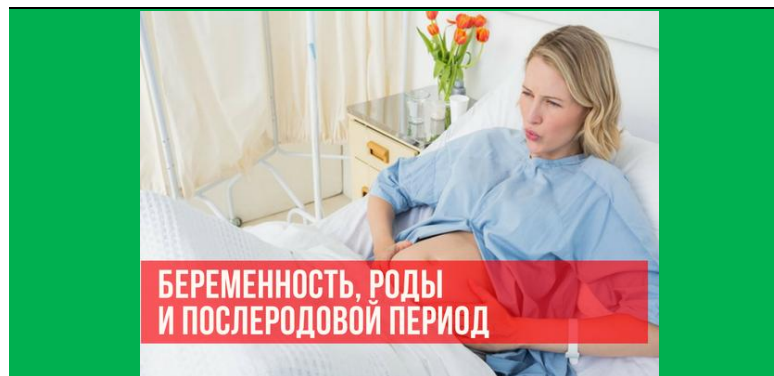


ПАМЯТКА ПАЦИЕНТАМ

Регистратура женской консультации
+7 (343) 301-24-35



ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ – это патологическое состояние беременности, при котором оплодотворенная яйцеклетка закрепляется вне полости матки.

Внематочная беременность относится к категории повышенного риска для здоровья женщины, без оказания врачебной помощи она может привести к смертельному исходу.

При малейшем подозрении на возникновение внематочной беременности, требуется срочное обращение в гинекологическое отделение



По статистическим данным, рост частоты проявления внематочной беременности связывается с увеличением количества воспалительных процессов внутренних половых органов, увеличением числа хирургических операций с целью контроля над деторождением, использованием внутриматочных контрацептивов, лечением отдельных форм бесплодия и искусственным оплодотворением.

В случае несвоевременной диагностики и без адекватного лечения внематочная беременность может представлять опасность и для жизни женщины

Внематочная беременность может привести к бесплодию.

У каждой 4-й пациентки развивается повторная внематочная беременность, у каждой 5-6 возникает спаечный процесс в малом тазу, а у 3/4 женщин после оперативного лечения возникает вторичное бесплодие.

Предотвращение внематочной беременности невозможно, но сократить риск летального исхода сможет динамическое посещение врача-гинеколога в женской консультации.

Входящие в категорию повышенного риска беременные должны проходить полноценное обследование для исключения запоздалого определения внематочной беременности.

Источник:

Клинические рекомендации «Внематочная (эктопическая) беременность»

Кодирование по МСКБ и проблем, связанных со здоровьем: O00/O08

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2023

ID: 642

Разработчик клинической рекомендации:

- Российское общество акушеров-гинекологов

- Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ВЫКИДЫШ (САМОПРОИЗВОЛЬНЫЙ АБОРТ) – самопроизвольное прерывание беременности до 22 недель беременности.

К факторам риска выкидыша относят:

- возраст матери > 35 лет, возраст отца > 40 лет;
- число потерь беременности в анамнезе;
- ожирение или недостаточная масса тела (>30 кг/м² или <18,5 кг/м²);
- избыточное потребление кофеина (> 5 чашек кофе в день или >100 г кофеина/сутки);
- употребление алкоголя и наркотиков;
- неблагоприятные условия труда (действие ртути, свинца, паров бензола, циклогексана, нитроокраски, смолы, пыли, пестицидов, шума, вибрации), а также длительное воздействие химических и/или физических факторов, не связанное с профессиональной деятельностью;
- хронические заболевания: антифосфолипидный синдром, тромбофилии высокого риска тромбоэмболических осложнений, синдром поликистозных яичников, заболевания щитовидной железы, декомпенсированный сахарный диабет, целиакия;
- острые и хронические инфекционные заболевания: листериоз, сифилис, хламидиоз, токсоплазмоз, острые респираторные вирусные заболевания, инфекция, вызванная вирусом иммунодефицита человека, туберкулез;
- прием лекарственных препаратов: итраконазола, метотрексата, нестероидных противовоспалительных препаратов, ретиноидов, пароксетина, венлафаксина;
- заболевания матки;
- температура тела > 38°C;
- дефицит фолиевой кислоты.



В настоящее время **методы обследования** настолько чувствительны и точны, что позволяют установить факт беременности на очень раннем сроке, до появления плодного яйца в полости матки или за ее пределами.

При появлении во время беременности таких симптомов, как интенсивная боль внизу живота, в пояснице, в плече или кровотечения из половых путей необходимо срочно обратиться к врачу

Врач проведет обследование, включающее анализы крови и ультразвуковое исследование для того, чтобы установить локализацию плодного яйца (в полости матки или вне ее) и жизнеспособность эмбриона.

Иногда для того, чтобы поставить правильный диагноз требуется наблюдение, так как четко установить локализацию или жизнеспособность эмбриона при первом осмотре не представляется возможным. В этом случае врач может предложить Вам госпитализацию (при подозрении на внематочную беременность или при сильном кровотечении) или наблюдение в домашних условиях при отсутствии обильных кровяных выделений.

Согласно рекомендациям врача, в ряде случаев необходимо несколько раз сдавать анализ крови на -ХГЧ (хорионический гонадотропин человека) с интервалом в 48 часов, чтобы выяснить, развивается ли беременность.

После того, как плодное яйцо будет обнаружено в полости матки, Вам могут предложить повторное УЗИ для оценки жизнеспособности эмбриона.

Врач может рекомендовать Вам прием препаратов, способствующих вынашиванию беременности, но если беременность сохранить все же не удалось, то в большинстве случаев причиной являются нарушения в развитии плода. Обычно такая ситуация не повторяется в будущем, однако, если это у Вас уже не первая потеря беременности, Вам предложат пройти специальное обследование для выявления факторов риска и причин потерь беременности.

При неразвивающейся беременности или неполном выкидыше существует несколько вариантов эвакуировать погибшее плодное яйцо из полости матки.

Одна тактика называется выжидательной, когда Вы ждете полного выкидыша 7-14 дней, после чего выполняется УЗИ.

Если в процессе ожидания начинается сильное кровотечение, Вы должны немедленно обратиться в медицинскую организацию, причем предусмотреть возможность сделать это круглосуточно.

Другая тактика состоит в медикаментозном прерывании погибшей беременности. В этом случае после проведения обследования врач выдаст Вам таблетки, под действием которых ускоряется процесс выкидыша и минимизируется кровопотеря. При этом Вас могут беспокоить боли (можно выпить обезболивающий препарат) и возможно повышение температуры тела в пределах 37,5-38°C.

И, наконец, третий метод – хирургический. Он является предпочтительным, если у Вас низкий гемоглобин, большая потеря крови, воспалительный процесс или нет возможности быстро и круглосуточно обратиться в медицинскую организацию. На период проведения процедуры Вас госпитализируют. Используя один из методов обезболивания,

хирург опорожнит полость матки одним из способов – вакуум прибором или специальными хирургическими инструментами. Вы можете обсудить тот или иной метод прерывания неразвивающейся беременности с врачом после установления факта ранней потери беременности. После хирургического лечения может понадобиться назначение антибактериального препарата и обезболивания.

После прерывания беременности не рекомендуется заниматься сексом в течение 2 недель, далее необходимо использовать методы контрацепции в течение нескольких месяцев.

Вы можете задать все интересующие Вас вопросы о планировании следующей беременности врачу акушеру-гинекологу

Источник:

Клинические рекомендации «Выкидыш (самопроизвольный аборт)»

Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: O02 (O02.0 - O02.9), O03 (O03.0 - O03.1, O03.3 - O03.6, O03.8 - O03.9), O05 (O05.0 - O05.1, O05.3 - O05.6, O05.8 - O05.9), O20 (O20.0 - O20.9)

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Год окончания действия: 2023

ID: 670

Разработчик клинической рекомендации:

- Российское общество акушеров-гинекологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

ПРЕЭКЛАМПСИЯ (ПЭ) – осложнение беременности после 20-й недели, родов и послеродового периода, характеризующееся повышением артериального давления $\geq 140/90$ мм рт. ст. в сочетании с выделением вместе с мочой белка в количествах, превышающих норму.

ЭКЛАМПСИЯ – серия судорог, т.е. произвольных спазмов или резких сокращений мышц на фоне преэклампсии, сначала неконтролируемых ритмичных сокращений мышц, а затем кратковременных хаотичных и беспорядочных, сопровождающихся сильной болью.

HELLP-синдром – потенциально смертельное осложнение преэклампсии, обусловленное кровотечением в следствие нарушений свертываемости крови, гибелью и разрывом печени, кровоизлиянием в мозг. Возникает он у 4 - 12% женщин с тяжелой преэклампсией.

Преэклампсия является одной из основных причин материнской, перинатальной (смерти плода или новорожденного в период от 22 недели беременности до 7 суток после рождения) и младенческой смертности и заболеваемости во всем мире.

Чтобы уменьшить риск развития ПЭ во время беременности необходимо тщательно обследоваться у врача-терапевта, при необходимости – у врача-кардиолога и врача-нефролога.

Если Вы относитесь к группе высокого риска ПЭ, по назначению врача Вам показан прием препаратов для профилактики ПЭ с 16 до 36 недель беременности.

При выявлении повышенного артериального давления врач подберет Вам препараты, способные снизить уровень артериального давления, которые разрешены во время беременности.

Необходимо систематически контролировать артериальное давление один-два раза в сутки и записывать его показатели в дневник.

**Тщательное наблюдение у специалистов,
внимательное отношение к своему состоянию и состоянию ребенка,
позволит избежать многих проблем
и успешно доносить беременность**

Если же у Вас имеется какое-либо осложнение беременности, связанное с повышением артериального давления, особенно если беременность пришлось прервать досрочно, то после родов необходимо обратиться к врачу-терапевту для обследования и реабилитации, направленной на улучшение качества жизни.

Источник:

Клинические рекомендации «Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде»
Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: O10 (O10.0, O10.1, O10.2, O10.3, O10.4, O10.9), O11, O12 (O12.0, O12.1, O12.2), O13, O14 (O14.0, O14.1, O14.9), O15 (O15.0, O15.1, O15.2, O15.9), O16
Год утверждения (частота пересмотра): 2021
Возрастная категория: Взрослые, Дети
Год окончания действия: 2023
ID: 637
Разработчик клинической рекомендации:
- Российское общество акушеров-гинекологов
- ООО «Ассоциация анестезиологов-реаниматологов (ААР)»
- Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов
Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА СВЕРТЫВАЕМОСТЬ КРОВИ

Система гемостаза — это биологическая система в организме, функция которой заключается в сохранении жидкого состояния крови, остановке кровотечений при повреждениях стенок сосудов и растворении тромбов.

Пациентки с повышенной кровоточивостью и/или наследственной патологией в системе гемостаза, принимающие препараты, снижающие свертываемость крови, должны информировать своего врача перед любой плановой процедурой (операцией) и местной анестезией в акушерстве и гинекологии.

Пациентки во время беременности и в послеродовом периоде с умеренными и высокими факторами риска венозных тромбоэмболических осложнений, т. е. процессов, затрудняющих свободную циркуляцию крови в кровеносных сосудах, должны знать о необходимости проведения тромбопрофилактики – лечения, направленного на предотвращение образования сгустков крови (тромба) внутри сосудов.

Пациентки должны быть проинформированы о лекарственных препаратах, разрешенных к применению во время беременности и грудного вскармливания, их побочных эффектах и осложнениях.

Для применения препаратов, влияющих на свертываемость крови, требуется информированное согласие пациента.

Образец:

Я, ФИО _____, подтверждаю, что:
имела/не имела в прошлом повышенную кровоточивость,
имела/не имела наследственную патологию в системе гемостаза,
принимала/не принимала препараты, снижающие свертывание крови (дезагреганты, антикоагулянты): указать, какие _____ и когда _____.

Мне разъяснено, что я имею _____ (умеренную, высокую) степень риска венозных тромбоэмболических осложнений во время беременности и в послеродовом периоде, поэтому мне необходимо проведение фармакологической и нефармакологической тромбопрофилактики даже после выписки из стационара.

Я проинформирована о препаратах, влияющих на свертывание крови, разрешенных к применению во время беременности и грудного вскармливания (дезагрегантах, антикоагулянтах), об их побочных эффектах и осложнениях, в случаях появления которых я должна немедленно проинформировать лечащего врача.

Дата:

Подпись:

Источник:

Клинические рекомендации «Анестезия и интенсивная терапия у пациенток, получающих антикоагулянты для профилактики и лечения венозных тромбоэмболических осложнений в акушерстве»

Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: D68.3, Y44.2, Y88, O22 (O22.0 - O22.9), I26

Пересмотр каждые 3 года

Профессиональные ассоциации:

- Общероссийская общественная организация «Федерация анестезиологов и реаниматологов»

- Российская общественная организация «Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов»

- Общероссийская общественная организация «Российское общество акушеров-гинекологов»

Утверждены:

Решением Российской общественной организации «Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов» 24 августа 2018 г.

Решением Президиума правления общероссийской общественной организации «Российское общество акушеров-гинекологов» 4 сентября 2018 г.

Решением Президиума общероссийской общественной организации анестезиологов-реаниматологов «Федерация анестезиологов и реаниматологов» 18 октября 2018 г.

Рассмотрены и рекомендованы к утверждению:

Профильной комиссией Минздрава России по анестезиологии и реаниматологии и

Профильной комиссией Минздрава России по акушерству и гинекологии на заседании 29 ноября 2018 г.

ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫЙ ХОЛЕСТАЗ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ — это осложнение второй половины беременности, связанное с нарушением функции печени. При этом заболевании происходит избыточное поступление желчных кислот в кровяное русло.

Внутрипеченочный холестаз беременных в ряде случаев сопровождается достаточно сильным кожным зудом, а при высоком уровне желчных кислот может привести к ухудшению состояния плода, вплоть до его внутриутробной гибели при отсутствии должного лечения и динамического наблюдения.

При появлении кожного зуда Вам следует как можно скорее обратиться к врачу, который назначит биохимический анализ крови.

Следует строго выполнять рекомендации врача.

Вы должны следить за частотой и характером шевелений плода и регулярно проходить кардиотокографическое и доплерометрическое исследование (ультразвуковую доплерографию маточно-плацентарного кровотока).

При установлении окончательного диагноза **врач назначает лекарственные препараты**, разрешенные к применению у беременных и не оказывающие неблагоприятного воздействия на плод. Терапия проводится под тщательным регулярным контролем за состоянием беременной и плода. В ряде случаев показана госпитализация в родильный дом для обследования, лечения и наблюдения.

При отсутствии достаточного эффекта от лекарственной терапии может применяться плазмаферез, который также не противопоказан беременным.

При внутрипеченочном холестазах родоразрешение осуществляется по акушерским показаниям, то есть самостоятельные роды не противопоказаны. Но сроки и методы родоразрешения у каждой конкретной женщины определяются индивидуально, так как в большинстве случаев роды следует провести раньше 40 недель (37 - 38 недель) из-за повышенного риска внутриутробной гибели плода с увеличением срока беременности. В зависимости от состояния родовых путей врач может предложить какой-либо метод подготовки родовых путей и родовой деятельности.

Из-за повышенного риска геморрагических и гипоксических осложнений новорожденные при внутрипеченочном холестазах требуют тщательного наблюдения, своевременного обследования и лечения по показаниям.

В послеродовом периоде в большинстве случаев лечение не требуется, так как происходит быстрая нормализация лабораторных параметров. Но следует помнить о более высоком риске развития внутрипеченочного холестаза при повторных беременностях.

Источник:

Клинические рекомендации «Внутрипеченочный холестаз при беременности»

Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: O26.6

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Год окончания действия: 2022

ID: 289

Разработчик клинической рекомендации:

- Российское общество акушеров-гинекологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Многоплодной называют беременность, при которой в организме женщины развиваются два или более плодов.



Первым и самым важным пунктом в начале каждой беременности, а особенно многоплодной, является консультация врача акушера-гинеколога, во время которой подтверждается факт многоплодия, определяется срок, проводится общий и гинекологический осмотр, также составляется план дальнейших обследований, осмотров, и даются рекомендации по образу жизни, питанию, назначаются необходимые витамины и лекарственные препараты (при необходимости).

Кратность посещения врача – акушера-гинеколога беременной женщиной с нормально протекающей беременностью монохориальной двойней (одна плацента на двоих детей) составляет в среднем 12 раз, дихориальной двойней (разные плаценты) – 7 раз.

Оптимальным временем первого визита к врачу является 1-й триместр беременности (до 10 недель)

Беременным с многоплодием рекомендуется дополнительная нутритивная поддержка – процесс полноценного питания в целях обеспечения повышенной потребности в энергии, белке, углеводах, жирах и микронутриентах. Следует четко соблюдать все рекомендации врача, своевременно проходить плановое обследование, соблюдать рекомендации по правильному образу жизни во время беременности, а именно:

- избегать работы, связанной с длительным стоянием или с излишней физической нагрузкой, работы в ночное время и работы, вызывающей усталость;
- избегать физических упражнений, которые могут привести к травме живота, падениям, стрессу: занятий контактными видами спорта, различных видов борьбы, видов спорта с ракеткой и мячом, подводного погружения;
- быть достаточно физически активной, ходить, делать физическую зарядку для беременных в течение 20 - 30 минут в день (при отсутствии жалоб и противопоказаний);
- при путешествии в самолете, особенно на дальние расстояния, одевать компрессионный трикотаж на время всего полета, ходить по салону, получать обильное питье, исключить алкоголь и кофеин;
- при путешествии в автомобиле использовать специальный трехточечный ремень безопасности;
- правильно и регулярно питаться: потреблять пищу достаточной калорийности с оптимальным содержанием белка, витаминов и минеральных веществ, с обязательным включением в рацион овощей, мяса, рыбы, бобовых, орехов, фруктов и продуктов из цельного зерна;
- помимо сбалансированного рациона, необходимо помнить о профилактике анемии с 18 - 20 недель (диета, основанная на потреблении продуктов питания, обогащенных железом и/или препаратов железа);
- контролировать прибавку массы тела (в зависимости от исходного индекса массы тела), не менее 18 - 20 кг за беременность,
- ограничить потребление кофеина менее 300 мг/сутки (1,5 чашки эспresso по 200 мл или 2 чашки капучино/лате/американо по 250 мл, или 3 чашки растворимого кофе по 250 мл);
- если Вы курите, постараться бросить курить или снизить число выкуриваемых в день сигарет;
- избегать приема алкоголя во время беременности, особенно в первые 3 месяца.

Немаловажным для беременной женщины является ее эмоциональный фон. На всем протяжении беременности Вам нужно избегать стрессовых ситуаций и эмоциональных переживаний.

Половые контакты во время беременности не запрещены при Вашем нормальном самочувствии. В случае болей, дискомфорта, появлении кровянистых выделений при половых контактах, а также при появлении зуда, жжения во влагалище необходимо прекратить половые контакты и обратиться к врачу.

Также Вы должны обратиться к врачу при появлении следующих жалоб:

- рвота > 5 раз в сутки;
- потеря массы тела > 3 кг за 1 - 1,5 недели;
- повышение артериального давления > 135/90 мм рт. ст.;
- проблемы со зрением, такие как размытие или мигание перед глазами;
- сильная головная боль;
- боль внизу живота любого характера (ноющая, схваткообразная, колющая и др.);
- эпигастральная боль (в области желудка);
- отек лица, рук или ног;
- появление кровянистых или обильных жидких выделений из половых путей;
- лихорадка более 37,5;
- резкое увеличение размеров живота, резкий набор массы тела;

– отсутствие или изменение шевелений плода на протяжении более 12 часов (после 20 недель беременности).

Если у Вас резус-отрицательная кровь, то Вашему мужу желательно сдать анализ на определение резус-фактора. При резус-отрицательной принадлежности крови мужа Ваши дальнейшие исследования на выявления антирезусных антител и введение антирезусного иммуноглобулина не потребуются.

При многоплодии родоразрешение осуществляется по акушерским показаниям, то есть самостоятельные роды не противопоказаны, а желательны. Но сроки и методы родоразрешения у каждой конкретной женщины определяются индивидуально, так как роды следует провести раньше 40 недель, из-за повышенного риска осложнений, как со стороны плодов, так и будущей матери.

В зависимости от состояния родовых путей врач может предложить и обсудить с Вами тот или иной метод подготовки родовых путей и родовой деятельности.

В женской консультации Вам подробно расскажут и помогут наладить лактацию, так как грудное вскармливание крайне важно для новорожденных

Источник:

Клинические рекомендации «Многоплодная беременность»

Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: O30, O30.0, O30.1, O30.2, O30.8, O30.9, O31, O31.0, O31.1, O31.2, O31.8, O32.5, O33.7, O43.0, O63.2, O84, O84.0, O84.1, O84.2, O84.8, O84.9

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Год окончания действия: 2023

ID: 638

Разработчик клинической рекомендации:

- Российское общество акушеров-гинекологов

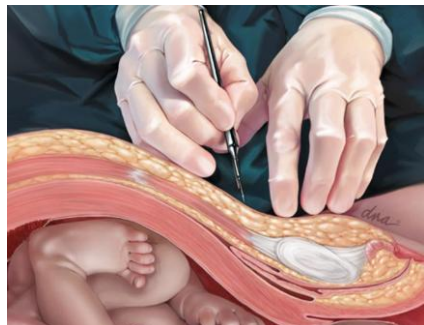
- ООО «Ассоциация анестезиологов-реаниматологов (ААР)»

- Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ РУБЕЦ НА МАТКЕ

Послеоперационный рубец на матке, требующий предоставления медицинской помощи матери во время беременности, родов и в послеродовом периоде, – состояние, осложняющее течение беременности, родов и послеродового периода, связанное с наличием рубца на матке после одного или нескольких операций кесарева сечения в анамнезе, либо других хирургических вмешательств на матке.



МОЖЕТ ЛИ ЖЕНЩИНА РОДИТЬ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ ПОСЛЕ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ?

Достаточно много женщин, рожавших путем операции кесарева сечения, могут родить ребенка через естественные родовые пути, без риска для своего здоровья. Попытки влагалищных родов после предшествующего кесарева сечения имеют высокую частоту успешных родов через естественные родовые пути и много преимуществ перед плановым повторным кесаревым сечением.

В случаях, когда попытка влагалищных родов оказывается неудачной, проводят повторное кесарево сечение.

К сожалению, наличие определенных проблем со здоровьем или особенности течения беременности и предстоящих родов, делают попытку влагалищных родов при наличии рубца на матке, у некоторых женщин слишком рискованной – в таком случае пациентке будет рекомендовано проведение повторного кесарева сечения.

КАКИЕ ПРЕИМУЩЕСТВА И КАКИЕ РИСКИ ИМЕЮТ ВЛАГАЛИЩНЫЕ РОДЫ ПОСЛЕ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ?

Существует несколько преимуществ родов через естественные родовые пути при наличии рубца на матке в сравнении с повторным кесаревым сечением: уменьшение кровопотери, отсутствие послеоперационной раны и снижение риска возникновения инфекции, отсутствие рисков, связанных с хирургическим вмешательством и анестезиологическим обеспечением, более короткая длительность госпитализации, менее болезненные ощущения. При последующих беременностях снижается риск таких осложнений как предлежание плаценты и вращение плаценты в стенку матки. Попытка влагалищных родов с рубцом на матке после кесарева сечения завершается удачно в 75% случаев.

В целом влагалищные роды являются безопасным методом рождения ребенка у пациенток с кесаревым сечением в анамнезе. Однако в ряде случаев попытка влагалищных родов с рубцом на матке после кесарева сечения завершается кесаревым сечением при возникновении определенных акушерских ситуаций. Разрыв матки возникает в 0,2 - 0,7% случаев влагалищных родов с рубцом на матке после кесарева сечения.

ЧТО НЕОБХОДИМО ЗНАТЬ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЕ?

Возможность проведения попытки влагалищных родов с рубцом на матке после кесарева сечения в каждом конкретном случае определяет врач.

Медицинская документация (выписка), которую пациентка получила после предшествующего кесарева сечения, может помочь врачу в определении возможности попытки влагалищных родов с рубцом на матке после предшествующего кесарева сечения в данном конкретном случае. Спонтанное начало родов повышает шансы удачной попытки влагалищных родов при рубце на матке после операции кесарева сечения. Родовозбуждение и родостимуляция не противопоказаны, но сопровождается увеличением риска неудачи при попытке влагалищных родов с рубцом на матке после предшествующего кесарева сечения.

Источник:

Клинические рекомендации «Послеоперационный рубец на матке, требующий предоставления медицинской помощи матери во время беременности, родов и в послеродовом периоде»

Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: O34.2, O75.7

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Год окончания действия: 2023

ID: 635

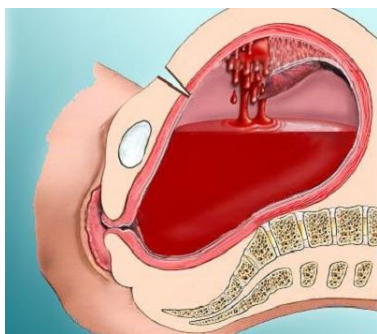
Разработчик клинической рекомендации: Российское общество акушеров-гинекологов.

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

ПОСЛЕРОДОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ – КРОВОПОТЕРЯ ≥ 500 мл во время родов через естественные родовые пути и ≥ 1000 мл при операции кесарева сечения или любой клинически значимый объем кровопотери (приводящий к гемодинамической нестабильности), возникающий на протяжении 42 дней (6 недель) после рождения плода.

Во время беременности пациентка должна иметь информацию о возможных осложнениях и, в первую очередь, о возможности кровотечения во время беременности, родов и послеродового периода.



При любых признаках кровотечения из родовых путей, изменении состояния плода необходимо обратиться к акушеру-гинекологу

Пациентка должна быть информирована, что при развитии массивного кровотечения необходимо использовать оперативное лечение, переливание компонентов крови, обеспечение катетеризации магистральных вен и применения рекомбинантных факторов (комплексов факторов) свертывания крови.

Источник:

Клинические рекомендации «Профилактика, алгоритм ведения, анестезия и интенсивная терапия при послеродовых кровотечениях»

Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем:

43.2/O70/O71/O71.1/O71.2/O71.3/O71.4/O71.5/O71.7/O72/O72.0/O72.1/O72.2/O72.3/O75.1/O88.1/D65/D68.9/R57.1

Год утверждения (частота пересмотра): 2018

Медицинские профессиональные некоммерческие организации-разработчики

Российское общество акушеров-гинекологов

Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов

Федерация анестезиологов и реаниматологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

СТИМУЛЯЦИЯ РОДОВ

ДОСРОЧНОЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЕ – завершение беременности искусственным путем (индукция родов и родоразрешение через естественные родовые пути или кесарево сечение) до естественного начала родовой деятельности, в том числе до доношенного срока беременности.

ПРОГРАММИРОВАННЫЕ РОДЫ – родоразрешение при наличии медицинских показаний или в качестве профилактики осложнений беременности (высокая степень перинатального и материнского риска), проводимое с учетом «зрелости» шейки матки путем родовозбуждения в назначенное время.

ПРЕИНДУКЦИЯ РОДОВ, иначе говоря, подготовка шейки матки к родам – мероприятия, направленные на «созревание» шейки матки при отсутствии или недостаточной ее готовности к родам.

ИНДУКЦИЯ РОДОВ, то есть родовозбуждение – индуцирование родовой деятельности при достижении зрелости родовых путей с целью родоразрешения через естественные родовые пути.

При каких ситуациях проводится?

Если Вам предложена процедура подготовки шейки матки к родам или родовозбуждение, это означает, что дальнейшее пролонгирование Вашей беременности является нецелесообразным, имеет определенные риски для Вас и здоровья Вашего будущего ребенка, а в ряде ситуаций является жизнеугрожающим.

Преиндукция и индукция родов проводятся в случае, если потенциальные риски от пролонгирования Вашей беременности превышают пользу.

Как проводится?

Существуют **медикаментозные и немедикаментозные методы преиндукции/индукции родов**. К медикаментозным методам относится пероральный прием таблетки, содержащей Мифепристон, введение в шейку матки геля с Динопростомом и внутривенное введение Окситоцина. Немедикаментозные методы направлены на механическое воздействие на шейку матки (гигроскопические расширители, дилатационные катетеры), при помощи которого происходит ее раскрытие, укорочение, или же на начало схваток путем вскрытия плодного пузыря при достижении полноценной зрелости шейки матки.

Что влияет на принятие решения – преиндукция или индукция?

Возможно использование медикаментозного или немедикаментозного метода, а также комбинации данных методов. Врач подберет наиболее рациональный и безопасный метод подготовки для Вас, ориентируясь на существующие показания, противопоказания, факторы риска, готовность Вашего организма и запаса времени.

Имеются ли противопоказания?

Да, к каждому из методов преиндукции и индукции родов имеется ряд противопоказаний, например, некоторые соматические заболевания, аллергические реакции, осложнения беременности и др. Для Вас будет выбран наиболее безопасный, но в то же время эффективный метод.

Возможно проведение в амбулаторных условиях?

В настоящее время в РФ данные мероприятия проводятся в стационаре. Возможно проведение в амбулаторных условиях в рамках научного исследования, о котором Вы будете осведомлены.

Сколько времени занимает?

Индивидуально, с учетом показаний и готовности Ваших родовых путей (от 3-4 часов до нескольких дней).

Влияют ли данные мероприятия на состояние плода?

На сегодняшний день не обнаружено связи между преиндукцией или индукцией родов и нарушением состояния плода. Несмотря на это, в обязательном порядке будет проводиться оценка состояния Вашего ребенка до начала данных мероприятий, в процессе подготовки к родам и на протяжении родоразрешения.

Возможно ли грудное вскармливание?

После любого метода (медикаментозного и немедикаментозного) подготовки к родам Вы сможете кормить ребенка. Также данные мероприятия не влияют на количество и состав грудного молока.

Источник:

Клинические рекомендации «Неудачная попытка стимуляции родов (подготовка шейки матки к родам и родовозбуждение)»

Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: O61; O61.0; O61.1; O61.8

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Год окончания действия: 2023

ID: 640

Разработчик клинической рекомендации:

- Российское общество акушеров-гинекологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

РОДЫ ОДНОПЛОДНЫЕ, САМОПРОИЗВОЛЬНОЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЕ В ЗАТЫЛОЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ (НОРМАЛЬНЫЕ РОДЫ)

НОРМАЛЬНЫЕ РОДЫ – это своевременные (в 37.0 - 41.6 недель беременности) роды одним плодом, начавшиеся самостоятельно, с низким риском акушерских осложнений к началу родов (при отсутствии преэклампсии, задержки роста плода, нарушения состояния плода, предлежания плаценты и других осложнений), прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился самопроизвольно в головном предлежании, после которых пациентка и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.



Могут ли быть нормальные роды при наличии акушерских осложнений до родов?

В редких случаях роды могут быть нормальными при наличии некоторых акушерских осложнений до родов, например, преэклампсии, задержки роста плода без нарушения его состояния и др.

Как протекают роды?

Роды состоят их 3-х периодов.

Первый период родов – время от начала родов до полного раскрытия маточного зева. Этот период родов состоит из латентной (скрытой) и активной фазы. Латентная фаза характеризуется слабыми сокращениями матки (иногда болезненными) и медленным раскрытием шейки матки до 5 см. Эта фаза может длиться до 20 часов у первородящих женщин и до 14 часов у повторнородящих женщин. Активная фаза характеризуется регулярными болезненными сокращениями матки (схватками) и раскрытием шейки матки до полного раскрытия. Продолжительность активной фазы обычно не превышает 12 часов в первых родах и 10 часов в последующих родах. Схватки во время активной фазы происходят 1 раз в 2 - 3 минуты.

Второй период родов – время от полного раскрытия маточного зева до рождения ребенка. Во время этого периода пациентка ощущает сильное желание тужиться (потуги), которые возникают каждые 2 - 5 минут. Продолжительность второго периода родов при первых родах обычно составляет не более 3 часов, при повторных – не более 2 часов, но при использовании эпидуральной анальгезии (метод обезболивания путем введения лекарственных препаратов в эпидуральное пространство позвоночника через катетер) продолжительность может быть на час больше.

Третий период родов - время от рождения ребенка до рождения последа. Обычно третий период родов завершается в течение 15 - 30 минут.

Как я должна вести себя во время родов?

При отсутствии противопоказаний во время родов, особенно в первом периоде, рекомендована активность и принятие удобной для Вас позы. Во время потуг также поощряется свободное удобное для Вас положение, если это не мешает контролю состояния плода и оказанию пособия в родах.

Может ли мой партнер присутствовать при родах?

Присутствие партнера при родах поощряется в случае его (ее) подготовки к помощи и присутствию при родах.

Буду ли я испытывать боль во время родов?

Обычно роды сопровождаются болезненными ощущениями во время схваток (примерно 60 секунд) с последующим расслаблением. Необходимо правильно дышать и быть спокойной для минимизации болезненных ощущений.

Будут ли мне обезболены роды?

Первоначально рекомендуется применить немедикаментозные методы обезболивания родов, такие как правильная техника дыхания, использование мяча, массаж, теплые компрессы, холод на спину в случае болей в пояснице и другие, которые оказываются эффективными в большинстве случаев. При неэффективности немедикаментозных методов при Вашем желании, отсутствии противопоказаний и возможности медицинской организации может быть проведена эпидуральная анальгезия. Следует знать, что эпидуральная анальгезия ассоциирована с повышенным риском удлинения продолжительности родов.

Надо ли мне брить волосы на промежности до родов?

Нет, бритье волос на промежности не обязательно, и делается только по Вашему желанию.

Будет ли мне проведена очистительная клизма до родов?

Нет, очистительная клизма не обязательна, и может быть сделана только по Вашему желанию.

Какие вмешательства будут мне проводиться во время родов со стороны медицинского персонала?

Вам будет установлен венозный катетер (обычно в локтевую вену) с целью возможности быстрой помощи при кровотечении в случае его начала. Также Вам будут проводиться влагалищные исследования – при поступлении в стационар, затем каждые 4 часа в активную фазу первого периода родов и каждый час во время потуг, а также в случае наличия показаний, например, перед эпидуральной анальгезией или при излитии околоплодных вод, и после родов для оценки целостности родовых путей и зашивания разрывов в случае их выявления. Еще Вам будет проводиться пальпация плода (определение его положения через брюшную стенку) и аускультация плода (выслушивание сердцебиения плода) при помощи акушерского стетоскопа, а в случае выявления каких-либо нарушений – кардиотокография (КТГ) плода. Возможно, потребуется проведение УЗИ плода при нарушении его состояния или для уточнения его положения. Сразу после рождения ребенка через венозный катетер Вам будут введены лекарственные препараты для профилактики кровотечения.

Могу ли я есть и пить во время родов?

Во время родов рекомендован прием жидкости и при отсутствии противопоказаний – легкой пищи. При этом прием твердой пищи не рекомендован.

Смогу ли я пользоваться туалетом во время родов?

Во время родов Вам необходимо регулярно мочиться, и Вы можете пользоваться туалетом и душем при наличии данной возможности в медицинской организации. В противном случае Вам будет предоставлено индивидуальное судно.

Как провести профилактику разрывов родовых путей?

Для профилактики разрывов промежности и влагалища можно использовать пальцевой массаж промежности с гелем и теплый компресс на промежность, намоченной теплой водой (43°C), во втором периоде родов, который может быть проведен акушеркой при наличии возможности.

Что произойдет, когда ребенок родится?

Когда Ваш ребенок родится при отсутствии осложнений он будет положен Вам на живот для установления контакта кожа-к-коже, укрыт, и максимально рано приложен к груди. Вся дальнейшая обработка ребенка (взвешивание, закапывание глаз, обтирание, осмотр врача-неонатолога) будут проведены позже в родильном зале.

Когда будет перерезана пуповина?

При отсутствии противопоказаний показано отсроченное пересечение пуповины – не ранее 1 минуты и не позднее 3-х минут от момента рождения ребенка.

Как долго я пробуду в родильном отделении после родов?

Обычно время наблюдения в родильном отделении не превышает 2-х часов, после чего Вы с ребенком будете переведены в послеродовое отделение.

Источник:

Клинические рекомендации «Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании (нормальные роды)»

Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: O80.0

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Год окончания действия: 2023

ID: 636

Разработчик клинической рекомендации:

- Российское общество акушеров-гинекологов

- ООО «Ассоциация анестезиологов-реаниматологов (ААР)»

- Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

РОДЫ ОДНОПЛОДНЫЕ, РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПУТЕМ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

– это способ родоразрешения, при котором рождение ребенка происходит посредством хирургического вмешательства с рассечением стенки беременной матки, извлечением плода, последа и последующим восстановлением целостности матки.



У Вас были выявлены показания для оперативного родоразрешения путем операции кесарева сечения. Кесарево сечение является распространенной операцией и выполняется в 25-30% всех родоразрешений. Обычно (при отсутствии особых показаний) кесарево сечение выполняется в 39 - 40 недель беременности.

Для родоразрешения Вас заблаговременно госпитализируют в акушерский стационар.

В случае начала родовой деятельности или разрыва плодных оболочек до предполагаемой даты родоразрешения, Вам необходимо срочно вызвать бригаду скорой помощи для госпитализации в акушерский стационар

В стационаре Вам будет выполнен необходимый перечень лабораторных и инструментальных исследований в зависимости от акушерской ситуации. При плановой госпитализации Вы будете должны отказаться от приема пищи за 8 часов, и прозрачных жидкостей – за 2 часа до планируемого родоразрешения. К прозрачным жидкостям относятся вода, фруктовый сок без мякоти, газированные напитки, чай и кофе.

Перед операцией Вас проконсультируют врач-акушер-гинеколог и врач-анестезиолог-реаниматолог. Вы будете обязаны сообщить врачам обо всех известных Вам проблемах, связанных с Вашим здоровьем, наследственностью, аллергических реакциях, индивидуальной непереносимостью лекарственных препаратов и продуктов питания, а также о курении табака, злоупотреблении алкоголем или наркотическими препаратами в настоящее время и в прошлом. Врач-анестезиолог-реаниматолог выберет наиболее подходящий для Вас вид обезболивания во время операции. Перед операцией Вам будет необходимо надеть на ноги компрессионный трикотаж для профилактики тромбоэмболических осложнений, который Вы будете носить на протяжении всего послеоперационного периода. Вы будете должны удалить волосы с области предполагаемого разреза (промежность, лобок, нижняя часть живота). Также перед операцией Вам проведут антибиотикопрофилактику для снижения риска гнойно-воспалительных послеоперационных осложнений.

В операционной Вам установят внутривенный катетер и мочевого катетер на время и первые часы после операции.

Вы должны быть осведомлены, что во время операции могут возникнуть различные осложнения, которые могут потребовать дополнительных вмешательств и переливания препаратов, влияющих на кроветворение и кровь.

В послеоперационном периоде Вы будете переведены в палату интенсивной терапии на необходимое время в зависимости от Вашего состояния. В послеоперационном периоде Вам продолжат обезболивание, будет предложена ранняя активизация для снижения риска послеоперационных осложнений: раннее присаживание в кровати и вставание, обычно, в 1-е сутки после родов. Прием прозрачных жидкостей возможен сразу после родоразрешения, прием пищи – через несколько часов после родов.

Время прикладывания ребенка к груди зависит от Вашего состояния и состояния Вашего ребенка, но при отсутствии показаний практикуется раннее прикладывание: во время операции или сразу после нее.

Удаление шовного материала проводится в стационаре или после выписки в случае необходимости, так как в ряде случаев практикуется применение рассасывающегося шовного материала.

После выписки из стационара Вы должны будете соблюдать лечебно-охранительный режим на протяжении первых месяцев: ограничение подъема тяжестей (> 5 кг), воздержание от половой жизни, а при ее возобновлении – использование методов контрацепции по рекомендации Вашего лечащего врача-акушера-гинеколога, ограничение физической нагрузки. Вы должны будете посетить Вашего лечащего врача-акушера-гинеколога через 1-1,5 месяца после родоразрешения. Планирование следующей беременности, учитывая наличие у Вас рубца на матке, рекомендовано не ранее чем через 1 год после родоразрешения после контрольного УЗИ с оценкой состояния рубца.

Вы должны знать, что кесарево сечение является достаточно безопасной операцией, однако возможны осложнения во время ее проведения и в послеоперационном периоде:

- очень часто – повторное кесарево сечение при последующих родоразрешениях (1 случай на каждые 4 операции);
- часто – боль в ране и дискомфорт в животе в первые несколько месяцев после операции (9 случаев на каждые 100 операций);
- часто – повторная госпитализация, послеродовая инфекция (5 - 6 случаев на 100 операций);
- часто – травмы плода, например, рассечение кожи скальпелем (2 случая на 100 операций);

- не часто – повторная операция в послеоперационном периоде, госпитализация в отделение интенсивной терапии (5 - 9 случаев на 1000 операций);
- не часто – разрыв матки в последующей беременности/родах, предлежание и вращение плаценты, кровотечение (1 - 8 случаев на 1000 операций);
- редко – тромботические осложнения, повреждения мочевого пузыря, повреждение мочеточника во время операции (1 - 5 случаев на 1000 операций);
- очень редко – смерть (1 женщина на 12 000 операций).

**Наличие рубца на матке может в дальнейшем снизить Вашу фертильность
(способность к зачатию и деторождению)**

**После оперативного родоразрешения чаще, чем после родов через естественные родовые пути, отмечается
снижение лактации**

Источник:

Клинические рекомендации «Роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения»
Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: O82; O82.0; O82.1; O82.2; O82.8;
O82.9

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Год окончания действия: 2023

ID: 639

Разработчик клинической рекомендации:

- Российское общество акушеров-гинекологов

- ООО «Ассоциация анестезиологов-реаниматологов (ААР)»

- Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ (ПР) – это роды, наступившие в сроки беременности от 22 до 36 недель, при этом установление срока беременности определяется на основании данных о 1-м дне последней менструации (при регулярном менструальном цикле) и УЗИ плода, выполненном в 1-м триместре.

Что такое преждевременные роды?

Преждевременные роды определяются как регулярные сокращения матки, приводящие к изменениям в шейке матки, которые начинаются до 37 недель беременности. Изменения в шейке матки включают ее сглаживание (шейка укорачивается) и расширение (шейка открывается, что способствует попаданию плода в родовые пути).



Почему преждевременные роды вызывают беспокойство?

Преждевременные роды являются важной медико-социальной проблемой, потому что дети, которые рождаются «слишком рано», недостаточно развиты для внеутробной жизни. Они могут родиться с серьезными проблемами со здоровьем. Некоторые проблемы со здоровьем, такие как церебральный паралич, могут длиться всю жизнь. Другие проблемы, такие как снижение способности к обучению, могут появиться позже в детстве или даже во взрослом возрасте.

Какие недоношенные дети подвержены наибольшему риску проблем со здоровьем?

Риск проблем со здоровьем является наибольшим для детей, родившихся до 34 недель беременности. Однако дети, родившиеся между 34 и 37 неделями беременности, также имеют риски.

Каковы факторы риска преждевременных родов?

Факторы, которые увеличивают риск преждевременных родов, включают следующее: наличие преждевременных родов ранее, укорочение шейки матки, короткий интервал между беременностями, наличие в анамнезе некоторых видов операций на матке или шейке матки, некоторые осложнения беременности, такие как многоплодная беременность и наличие кровотечений в анамнезе, факторы образа жизни, такие как низкая масса тела до беременности, курение во время беременности и токсикомания во время беременности.



Можно ли что-нибудь сделать, чтобы предотвратить преждевременные роды, если я в группе высокого риска?

Если у вас были преждевременные роды, и вы планируете другую беременность, предгравидарное обследование (до зачатия). Когда вы забеременеете, с самых ранних сроков необходимо наблюдаться у акушера-гинеколога. Вас могут направить к специалисту, который имеет опыт ведения беременностей с высокой степенью риска. Кроме того, вам могут дать определенные лекарства или другое лечение, чтобы помочь предотвратить преждевременные роды, если у вас есть факторы риска.

Каковы признаки и симптомы преждевременных родов и что мне делать, если у меня есть какие-либо из них?

Немедленно позвоните своему акушеру или другому медицинскому работнику, если вы заметили какие-либо из этих признаков или симптомов: изменение характера выделений из влагалища (водянистые, слизистые или кровянистые), периодические или схваткообразные боли в области матки, боли внизу живота и поясницы, легкие спазмы в животе, с или без диареи.

Как диагностируются преждевременные роды?

Преждевременные роды можно диагностировать только при обнаружении изменений в шейке матки. Ваш акушер должен провести мануальное (ручное) обследование, чтобы определить, есть ли изменения в шейке матки. Возможно, вам придется пройти обследование несколько раз в течение нескольких часов с целью оценки изменений в динамике. Для измерения длины шейки матки может быть проведено трансвагинальное ультразвуковое исследование – методика изучения органов репродуктивной системы и всего малого таза, при которой осуществляется введение во влагалище специального прибора.

Если у меня симптомы ПР, это значит, что роды точно произойдут?

Специалистам трудно предсказать, у каких женщин с симптомами ПР точно случатся преждевременные роды. Только приблизительно у 1 из 10 женщин с симптомами ПР они наступают в течение следующих 7 дней. Примерно у 3 из 10 женщин преждевременные роды прекращаются сами по себе.

Источник:

Клинические рекомендации «Преждевременные роды»

Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: O60, O60.0, O60.1, O60.2, O60.3, O47.0, O42

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Год окончания действия: 2022

ID: 331

Разработчик клинической рекомендации:

- Российское общество акушеров-гинекологов

- Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ЗАТРУДНЕННЫЕ РОДЫ (ДИСТОЦИЯ) ВСЛЕДСТВИЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛЕЧИКА

ДИСТОЦИЯ ПЛЕЧИКОВ – остановка родов после рождения головки плода вследствие отсутствия самопроизвольного опускания плечевого пояса и неэффективности легких вспомогательных низводящих тракций при потугах в течение более 60 с.

ДИСТОЦИЯ – это состояние, которое может произойти во время естественных родов. При дистоции плечиков ребенок застревает позади лонной кости таза матери, во время движения по родовым путям. Это приводит к затруднению рождения туловища плода после того, как головка уже родилась. Плечевая дистоция – это чрезвычайная ситуация, которую нужно быстро лечить.

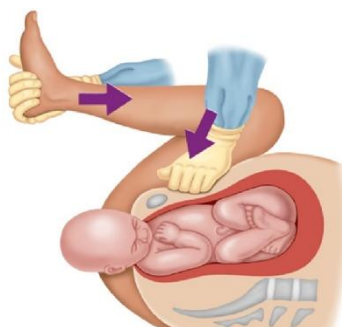
Можно ли предсказать дистоцию плечиков плода?

Обычно нет. Но медицинский персонал знает, что плечевая дистоция более вероятна, когда ребенок крупных размеров. Женщины с диабетом и женщины с избыточной массой тела чаще рожают крупных детей. Это также чаще случается у женщин, у которых уже была дистоция плечиков в предыдущих родах.

Но чаще всего дистоция плечиков происходит по неизвестным причинам. В связи с этим нет эффективного способа ее предотвращения.

Каковы симптомы?

Во время родов врач или акушерка видят, что плечи ребенка не рождаются, как ожидалось, после того как головка ребенка родилась.



Как лечится?

Как только Ваш врач или акушерка увидят, что случилась дистоция плечиков, то сразу рекомендуют Вам прекратить тужиться на некоторое время. Затем они будут применять разные приемы, чтобы помочь родиться ребенку.

Возможные приемы помощи:

- сгибание ног в тазобедренных суставах и приведение бедер к животу, чтобы увеличить угол наклона таза и таким образом пространство для ребенка;
- давление на живот около лона со стороны спинки ребенка, чтобы столкнуть зацепившееся плечико с лона;
- манипуляции со стороны влагалища для помощи в рождении ребенка.

Какие осложнения могут возникнуть?

Наиболее частыми осложнениями, которые могут возникнуть у ребенка, являются:

- перелом костей руки или ключицы;
- повреждение нервов – если шея ребенка растягивается слишком сильно, нервы вокруг плеча могут быть повреждены. Это может вызвать слабость руки и затруднить ее движение. Врачи иногда используют термин «паралич Эрба» для этого типа травмы.

Самое частое осложнение, которое может случиться у матери – это кровотечение из разрывов мягких тканей родовых путей, более тяжелые осложнения случаются очень редко.

Источник:

Клинические рекомендации «Затрудненные роды [дистоция] вследствие предлежания плечика»

Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: O66.0

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Год окончания действия: 2022

ID: 595

Разработчик клинической рекомендации:

- Российское общество акушеров-гинекологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ТАЗОВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ – клиническая ситуация, при которой предлежащей частью являются ягодицы и/или ножки/ножка плода.

Ягодичное предлежание:

- а) чисто ягодичное предлежание – ножки согнуты в тазобедренных суставах и разогнуты в коленных; предлежат только ягодицы плода;
- б) смешанное ягодичное предлежание – ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах; предлежат стопы и ягодицы плода.

Ножное предлежание:

- в) полное ножное предлежание – предлежат обе ножки (стопы) плода, при этом обе ножки разогнуты в тазобедренных коленных суставах;
- г) неполное ножное предлежание – предлежат ягодицы и одна из ножек (стоп) плода; при этом одна ножка разогнута в тазобедренном и коленном суставах;
- д) коленное предлежание – предлежат колени (одно/оба) плода; при этом одна или обе ножки плода разогнуты в тазобедренных и согнуты в коленных суставах.



В течение беременности плод меняет свое расположение много раз. К концу беременности он становится менее подвижен из-за увеличения размеров при одновременном уменьшении количества околоплодных вод. Большинство плодов к моменту родов располагаются в матке таким образом, что внизу находится головка (головное предлежание). Но 3 - 4% плодов оказываются в тазовом предлежании (внизу ягодицы или ножки (одна или обе), а головка – в дне матки).

Чаще всего причина не может быть выявлена. И, к сожалению, нет ни одного метода, который бы реально мог помочь профилактировать тазовое предлежание к моменту родов.

Срок, при котором необходимо определить предлежание плода, 36 недель беременности.

Это сделает врач при наружном осмотре во время Вашего очередного визита.

Для уточнения диагноза, необходимо выполнить УЗИ. Кроме предлежания плода во время исследования будет уточнено количество околоплодных вод, расположение плаценты. В случае, если врач определит тазовое предлежание, Вам может быть предложен наружный поворот плода на головку. Эта манипуляция проводится в стационаре. Средняя частота успешных попыток – 50% (от 30% до 80%). При этом возможен спонтанный обратный поворот на тазовый конец, но его частота не превышает 5%.

Противопоказания для проведения наружного поворота: имеются другие показания к операции кесарево сечение, маточное кровотечение во время беременности, аномалии матки, препятствующие повороту, родовое излитие околоплодных вод, многоплодие, маловодие, рубец на матке, повышенное артериальное давление (преэклампсия), маловодие, аномалии развития плода, неустойчивое положение плода, обвитие пуповины вокруг шеи. Перед проведением манипуляции у Вас возьмут информированное согласие. При успешной попытке поворота нет необходимости в фиксировании плода и дальнейшем стационарном наблюдении. При сохранении тазового предлежания плода к моменту родов Вас проинформируют о возможных способах родоразрешения: кесарево сечение или роды через естественные родовые пути. Результатом консультирования должно быть получение информированного согласия на выбранный метод родоразрешения.

Если Ваш будущий ребенок к моменту родов находится в тазовом предлежании, получите консультацию врача и примите собственное решение с учетом своих знаний и предпочтений

Источник:

Клинические рекомендации «Тазовое предлежание плода»

Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: O32.1, O32.6, O64.1, O64.5, O64.8, O80.1, O80.8, O83.0, O83.1, O83.2

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Год окончания действия: 2022

ID: 626

Разработчик клинической рекомендации:

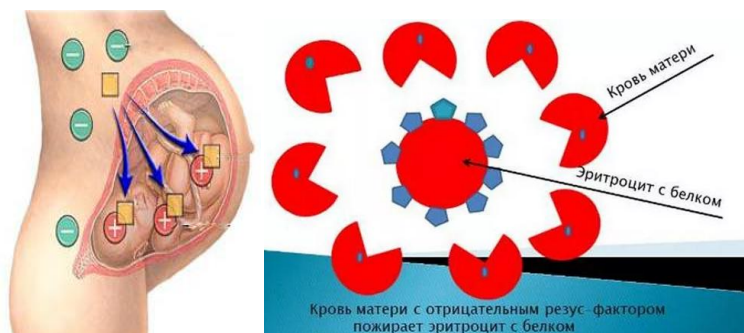
- Российское общество акушеров-гинекологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

РЕЗУС-ИЗОИММУНИЗАЦИЯ. ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПЛОДА

РЕЗУС-ИЗОИММУНИЗАЦИЯ – наличие в крови матери IgG-антител (анти-Rh антител) как проявление вторичного иммунного ответа у сенсibilизированных (сверхчувствительных) пациенток вследствие несовместимости крови матери и плода по антигенам системы Резус.

Синонимы – резус-конфликт, резус-сенсibilизация, резус-аллоиммунизация.



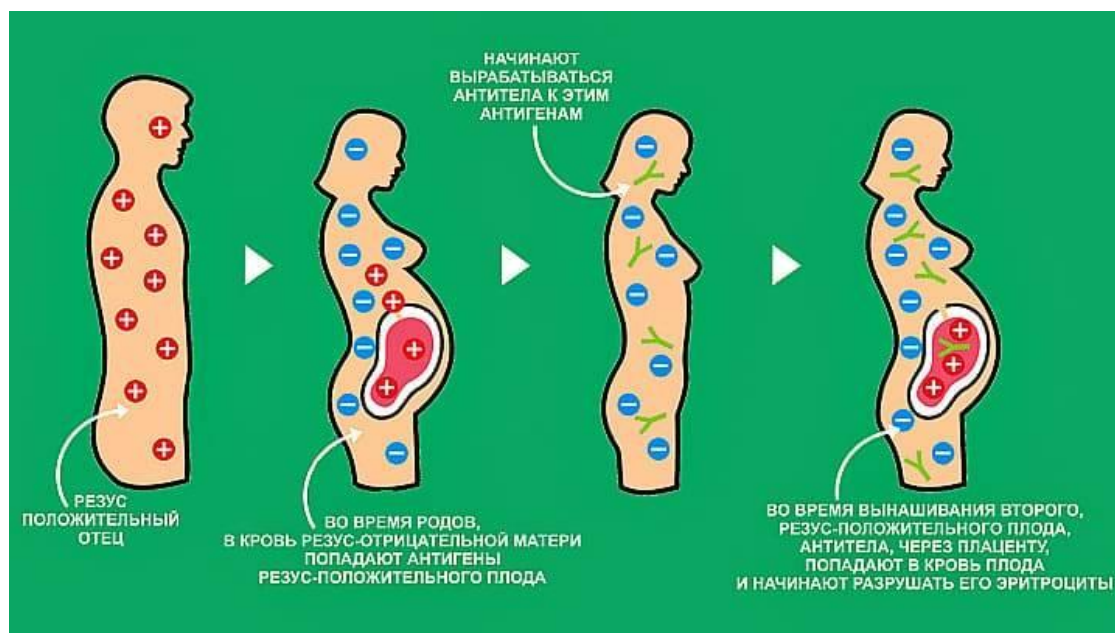
ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПЛОДА – заболевание, характеризующееся разрушением положительных эритроцитов плода под воздействием анти-Rh антител матери, проникающих в кровоток плода через плацентарный барьер, при несовместимости крови матери и плода по системе Резус, и проявляющееся развитием анемии, увеличением числа бластных (промежуточных) форм эритроцитов. Синонимы – эритробластоз плода, гемолитическая желтуха.

Вы можете задать все интересующие Вас вопросы врачу, ведущему Вашу беременность.

Если у Вас отрицательный резус-фактор, то необходимо определить резус-фактор Вашего мужа/партнера.

Если Ваш партнер также имеет отрицательный резус-фактор, то Вам больше не потребуется сдавать какие-либо дополнительные анализы во время беременности и вводить лекарственные препараты, так как Ваш ребенок тоже резус-отрицательный, и резус-иммунизация в Вашем случае не случится.

Если Ваш муж/партнер резус-положительный, или Вы не знаете, какой у него резус-фактор, то в 12 недель беременности можно провести исследование по определению резус-фактора плода по крови матери. Если резус-фактор плода отрицательный, то сдавать какие-либо дополнительные анализы во время беременности и вводить лекарственные препараты не надо.



В случае, если Вы не провели неинвазивное определение резус-фактора плода, и Ваш муж/партнер резус-положительный, или Вы не знаете, какой у него резус-фактор, или если тест определил положительный резус-фактор плода, то Вам будет назначено исследование на наличие в крови резус-антител при 1-м визите, в 18 недель и в 28 недель беременности. В 28 недель при отсутствии у Вас резус-антител Вам предложат провести профилактику резус-изоиммунизации.

После родов будет проведено определение резус-фактора Вашего ребенка и, в случае, если он резус-положительный, а у Вас нет резус-изоиммунизации, Вам повторно будет назначено лечение.

Если во время беременности у Вас возникнут осложнения, которые будут требовать применения инвазивных медицинских вмешательств (наложение швов на шейку матки, амниоцентез, аспирации ворсин хориона и др.), Вам будет назначено дополнительное лечение.

Если во время беременности у Вас будут выявлены резус-антитела, то Вам предложат пройти специальное ультразвуковое обследование для диагностики анемии плода. Исследование, которое называется ультразвуковая доплерография, будет проводиться неоднократно для проверки состояния плода, так как оно может изменяться при прогрессировании резус-конфликта.

Если по данным ультразвуковой доплерографии у плода будут выявлены признаки анемии, то Вас направят в учреждение, где есть возможность провести внутриутробное переливание крови плоду – специальное вмешательство под ультразвуковым контролем и местным обезболиванием. Целью переливания крови плоду является поддержка нормального уровня гемоглобина у плода и предотвращение развития у него тяжелой анемии к моменту родоразрешения. Подобные процедуры часто требуется повторять, чтобы достичь желаемого эффекта. Вам объяснят особенности Вашего случая и возможные риски, как от проведения процедуры переливания крови плоду, так и от выжидательной тактики.

**Вопросы, связанные со сроками родоразрешения,
решаются в зависимости от состояния плода и акушерской ситуации**

Источник:

Клинические рекомендации «Резус-изоиммунизация. Гемолитическая болезнь плода»

Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: P55, P55.0, P55.8, P55.9, P56, P56.0, P56.9

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Год окончания действия: 2022

ID: 596

Разработчик клинической рекомендации:

- Российское общество акушеров-гинекологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ