**СХЕМА**

**посиндромной терапии неотложных состояний в акушерстве**

**Объем неотложной помощи при предлежании плаценты.**

1. **При подозрении на предлежание плаценты беременная или роженица подлежит обязательной госпитализации** в акушерский стационар второй или третей степени риска.
2. **Визуальный осмотр влагалища и шейки матки с помощью зеркал** для исключения других патологических изменений (рак, полипы, варикозный узел и др.)
3. **Влагалищное исследование показано только при развернутой операционной;**

**-**  наличии достаточного количества консервированной крови, кровезаменителей;

**-** владение врачами техникой операции кесарева сечения.

1. **Оперативное родоразрешение (кесарево сечение) показано:**

- при часто повторяющихся небольших кровотечениях;

- однократной кровопотере (300-400 мл) и более;

- профузном кровотечении;

- полном предлежании плаценты.

1. **При оперативном родоразрешении характер разреза на матке должен быть корпоральным.**
2. **Необходимо восполнение кровопотери до начала операции,**

- соответственно проведение инфузионной терапии в процессе операции;

- при необходимости в послеоперационном периоде.

1. **После извлечения плода:**

**-** оценка состояния нижнего сегмента;

**-** тщательный осмотр плаценты, места ее прикрепления;

**-** характер и трудности отделения от стенок нижнего сегмента;

**-** возможность истинного приращения, шеечного предлежания, что требует расширения операции до эктирпации матки.

1. **В процессе операции при массивной кровопотери,**

плохом сокращении нижнего сегмента показана экстирпация матки.

1. **При небольших кровянистых выделениях в родах после открытия маточного зева на 3-4 см показано:**

**-** инструментальное вскрытие плодного пузыря;

**-** если кровотечение продолжается, то показано кесарево сечение.

1. **При родоразрешении через естественные родовые пути (роды ведутся с иглой в вене) после рождения плода показано**

- ручное отделение последа с одновременной тщательной ревизией стенок матки под соответствующим тщательным обезболиванием.

1. **В послеродовом (послеоперационном) периоде обязательное проведение профилактических мероприятий по предупреждению кровотечения** :

- наблюдение в первые 8-10 часов;

- периодическое введение сокращающих матку средстве (окситоцин, маммафизин по 0,5-1,0 мл 2-3 раза в сутки)).

**Объем неотложных мероприятий при преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты**

1. **При подозрении на отслойку плаценты женщина должна обязательно госпитализироваться** в акушерский стационар второй или третьей степени риска.
2. **Выбор метода родоразрешения зависит от:**

**-** акушерских условий;

**-** величин отслойки плаценты;

**-** состояния женщины;

**-** выраженности гемодинамических расстройств.

1. **В родах при небольшой кровопотери, удовлетворительном состоянии роженицы показано**: вскрытие плодного пузыря (широко развести оболочки и медленно выпустить околоплодные воды).
2. **При отслойке плаценты в конце периода раскрытия или изгнания:** - после вскрытия плодного пузыря в случае нахождения головки в полости малого таза роды заканчиваются с помощью акушерских щипцов;

**-** при мертвом плоде-краниотомия;

**-** тазовых предлежаниях – извлечение за тазовый конец.

1. **При тяжелой форме отслойки во время беременности:** -

**-**нарастающее внутреннее кровотечение в периоде раскрытия шейки матки;

**-** во втором периоде родов при подвижной предлежащей части над входом вмалый таз (даже при гибели плода);

**в интересах матери показано оперативное родоразрешение путем кесарева сечения.**

1. **При кесаревом сечении показана экстирпация матки в случае:**

маточно-плацентарной апоплексии когда:

-матка имеет диффузную или крупноочаговую темно-фиолетовую окраску;

- мышечный слой дряблый, хрупкий и не реагирует на механический и фармакологический препараты;

- развития синдрома ДВС.

1. **Выполнение операции кесарева сечения проводится** :

-содновременной трансфузией теплой или свежецитратной крови в сочетании с кровезаменителями низкой массы (реополиглюкин, полидез, желатиноль, гемодез);

- интенсивное проведение противошоковых мероприятий, необходимо осуществлять путем трансфузии жидкостей в две, три вены струйно;

- а в последующем при стабилизации АД – капельным способом.

**8. При родоразрешении через естественные родовые пути производят**

- ручное отделение плаценты с одновременной тщательной ревизией

стенок матки (для исключения нарушения целостности их в месте

отслойки).

- на протяжении 2-6 часов после родов с целью профилактики гипо-

тонического кровотечения введение сокращающих (внутривенно

окситоцин, метилэргометрин).

1. **При появлении признаков нарушений свертывания крови терапия** **синдрома ДВС** с учетом клинических и лабораторных данных: спазмолитики, гепарин, трасилол, реополиглюкин, желатиноль, фибриноген, гидрокортизон, свежезамороженная плазма, андроксон (0,025% раствор 1 мл), трентал (100 мг в 250-500 мл физиологического раствора), гордокс (6,0 мл внутривенно), дипирамидол (0,9% раствор 4-6 мл), никотиновая кислота (1,0-5,0 мл внутривенно)).
2. **После операции больная должна находиться в операционной до** **стабилизации гемодинамических показателей**.

Это достигается:

-длительной трансфузионно-инфузионной терапией;

- введением кортистероидов;

- проведением коррекции обменных и электролитных нарушений.

**Объем неотложных мероприятий при кровотечениях в третьем периоде родов**

1. **Послеродовый период при кровопотере до 200-300 мл в течение 30 мин. ведется** консервативно выжидательно до полного отделения плаценты (по признакам Шредера, Альфельда, Довженко, Клейна и др.) используют наружные методы выделения последа (по Абуладзе, Гентеру).
2. **Опорожнить мочевой пузырь мягким катетером**, **внутривенно медленно ввести 1 мл метилэргометрина или 1мл окситоцина на 20 мл 40% раствора глюкозы.**
3. **Кровопотеря свыше 0,5% массы роженицы (350-400 мл) является патологической,** поэтому необходимо третий период родов закончить ручным отделением и выделением последа под соответствующим обезболиванием.
4. **Перед проведением внутриматочных манипуляций**,

в случае отсутствия наркоза можно ограничиться премедикацией: внутривенно 1 мл 2% раствора промедола, 2 мл 1% раствора димедрола и 0,5-1,0 мл 0,1% раствора атропина сульфата.

1. **При истинном приращении плаценты показана лапаротомия и** **экстирпация матки**.

В процессе подготовки к операции проводиться гемотрансфузия, введение кровезаменителей гамодинамического действия (реополиглюкин, полиглюкин, желатиноль и др.)

1. **В случае подозрения на дефект плаценты также**:

- поэтапно ручное обследование полости матки с последующим массажем ее на кулаке;

-после окончания операции показано: введение сокращающих матку средств (окситоцин, метилэргометрин, маммофизин), на низ живота пузырь со льдом.

1. **При ведении третьего периода во всех случаях, где можно** **предполагать повышенную кровопотерю в родах**,

после рождения плода необходимо:

- наладить внутривенное капельное вливание 5% раствора глюкозы или физиологического раствора;

-одновременно все должно быть подготовлено для борьбы с возможным кровотечением (система для переливания крови, кровь, кровозаменители, кровь на совместимость)

1. **Трансфузионно-инфузионная терапия проводится с началом кровотечения**, при необходимости (с учетом кровопотери, данных АД, пульса, шокового индекса) она осуществляется в 2-3 вены.

**Объем неотложной помощи при гипотонических и**

**атонических послеродовых кровотечениях**

1. **При кровопотере более 250-300 мл после опорожнения мочевого пузыря,** **осмотра шейки матки, влагалищных стенок и сводов с** **помощью зеркал**, проводится легкий прерывистый массаж через брюшную стенку. Круговые движения кроме дна должны захватывать как часть передней, так и задней стенки матки.
2. **Введение фармакологических препаратов тономоторного действия:** внутривенно метил эргометрин (1мл) или 1 мл (5 ЕД) окситоцина, разведенных в 20 мл 40% раствора глюкозы, при необходимости сразу перейти на длительное (не менее 1 часа) внутривенное капельное введение окситоцина со скоростью 20-30 капель в минуту.
3. **При продолжающемся кровотечении (кровопотеря более 400 мл)** :

- прижать аорту к позвоночнику кулаком (по Шмидту) или пальцами (по Бирюкову) на 10-15 мин.;

- произвести ручное обследование полости матки для удаления обрывков оболочек, сгустков крови, остатков плацентарной ткани;

- затем, не извлекая руки, производится наружно-внутренний массаж матки (массаж должен быть прерывистым с промежутками 2-3минуты и общей продолжительностью 15-20 минут);

- после прекращения кровотечения при соответствующем тонусе матки и появлении сокращений достаточной силы рука удаляется из ее полости.

1. **Одновременно с перечисленными выше мероприятиями проводится трансфузионно-инфузионная терапия**, направленная на борьбу с анемией, коллапсом, восстановлением объема циркулирующей крови (переливание крови, плазмозамещающих растворов), подготовка операционной.
2. **Категорически неприемлемо повторное применение методов,** оказавшихся неэффективными при первом применении.
3. **При отсутствии эффекта от массажа матки и продолжающемся гипотоническом кровотечении показана лапаротомия и экстирпация матки!**
4. **Массивное кровотечение, сопровождающееся снижением АД** **ниже** **критического уровня (70 мм.рт. ст.) и даже развитие терминального состояния, не является противопоказанием к оперативному вмешательству с целью остановки кровотечения.**

В этих случаях операция проводится в три этапа:

- срочная лапаротомия на фоне трансфузионной терапии и временный гемостаз путем наложения клемм на сосуды матки без выведения ее в рану;

- операционная пауза, во время которой все манипуляции в брюшной полости прекращаются, пока АД не повысится до безопасного уровня (95-100 мм.рт. ст.);

- радикальная операция и остановка кровотечения – удаление матки (предпочтительнее экстирпация, ибо оставшаяся культя матки может быть дополнительным источником кровотечения).

В процессе операции большое внимание следует уделить анестезиологическому пособию.

1. **Быстрое восстановление объема циркулирующей крови:**

- одновременное использование 2-3 вен;

- переливание крови и кровезаменителей в 2,5-3 больше учтенной кровопотери;

- при артериальном давлении 0 мм.рт. ст. скорость введения жидкостей 300-400 мл в мин., при АД критическом (60-70 мм. рт. ст.) – 200-250 мл в мин. и при АД 95-100 мм. рт. ст. – капельно.

1. **При тяжелом состоянии больной, критическом уровне АД показано**:

- введение глюкокортикоидов – гидрокортизон 15-30-50 мг/кг (суточная доза до 1-1,5 грамм).

1. **Для коррекции нарушений гемокоагуляции обоснованно применение**:

- теплой донорской крови, нативной и сухой плазмы, белковых препаратов (адьбумин, протеин).

1. **При позднем токсикозе, послеродовом кровотечении,**

если оно связано с задержкой в полости матки частей плаценты или оболочек: - необходимо удалить их путем выскабливания;

- перед операцией необходимо наладить внутривенное капельное введение крови, плазмо- заменителей;

- сокращающих матку средств;

- продолжающееся кровотечения является показанием для лапаротомии

и экстирпации матки.

1. **При позднем обильном послеродовом кровотечении**

с инфицированным процессом, вышедшим за пределы матки:

- производится лапаротомия и экстирпация матки на фоне

комплексной интенсивной антисептической и кровезамещающей

терапии.

**Объем неотложной помощи при нефропатии,**

**преэклампсии, эклампсии**

1. **Обязательная госпитализация в акушерский стационар**

второй или третьей степени риска в палату интенсивной терапии.

1. **В момент поступления в стационар**, **при санобработке,** **транспортировке, инъекциях:**

**-** создание лечебно-охранительного режима ;

**-** введение седуксена по 2 мл внутривенно с 20 мл раствора

глюкозы, дроперидола и др.

1. **Оперативные вмешательства**:

– щипцы, ручное отделение и выделение последа;

- ручное обследование полости матки, ушивание разрывов мягких тканей **осуществляются под тщательным обезболиванием.**

1. **При предэклампсии, эклампсии (в момент припадка) внутривенное** введение 2 мл седуксена с 1 мл 2% растворов промедола в сочетании с 2,5 раствором пиполфена (1 мл) или димедрола (1 мл)
2. **Использование при тяжелых формах нефропатии нейролептических препаратов**:

– дроперидол внутривенно или внутримышечно по 2 мл, а при преэклампсии и эклампсии до 4-6 мл;

- повторное введение препарата по показаниям осуществляется через 4 часа в дозе 2/3 или ½ от первоначальной;

- предварительно до введения 100 мг кокарбоксилазы внутривенно.

1. **Из спазмолитических препаратов используются следующие:**

- 0,5% раствор дибазола 4-6 мл внутривенно или внутримышечно 2-3 раза в сутки;

- 2% раствор папаверина хлорида по 2-4 мл внутримышечно;

- но-шпа по 2 мл 3-4 раза в сутки внутривенно или внутримышечно;

- ганглерон 1,5% раствор по 2 мл 2 раза в сутки;

- галидор 2,5% раствор 1-2 раза в сутки;

- эуфилин 2,4% раствор по 5-10 мл внутривенно 2-3 раза в сутки;

**- применение сульфата магния 25% раствора по ??????? 4 раза в** сутки внутримышечно (повторный курс через 12 часов) или внутривенно капельно 1% раствор 200-400 мл (не целесообразно применение в родах).

1. **Применение антиадренергических препаратов**:

- клофелин (гемитон) по 0,075-0,15 мг 2-3 раза в день (до 0,3-0,6 мг в сутки);

- допегит (альдомет) по 0,25 г 2 раза в день по 50-75 мг в сутки.

1. **При тяжелых формах использование ганглиоблокаторов:**

- пентамин 5% раствор по 0,5-1 мл внутримышечно;

**- арфонад, имехин(0,05-0,1% раствор в 5% растворе глюкозы) внутривенно с 10 капель в минуту, общая доза не более 500 мг). Целесообразно их использование в родах с управляемой гипотонией.**

1. **Для нормализации ОЦК, онкотического давления, улучшения микроциркуляции,** **выведения недоокисленных продуктов**

-применение белковых препаратов, плазмозамещающих растворов: плазма (сухая, нативная 150-200 мл) внутривенно капельно, протеин (250 мл внутривенно), альбумин (10% раствор 100 мл внутривенно), реополиглюкин (400 мл внутривенно капельно), полиглюкин (200-250 мл внутривенно), гемодез (300 мл по 20-40 капель внутривенно). - при использовании декстранов наблюдается кратковременное повышение АД (на 15-20 мм.рт. ст.) поэтому при высокой гипертензии, низком пульсовом давлении необходимо предварительное проведение гипотензивной терапии.

1. **Для усиления диуреза, выведения солей натрия, уменьшения гидрофильности тканей** при норм – или гиповолемии, а при дефиците ОЦК после коррекции можно использовать диуретики (гипотиазид, веропомил, фуросемид и др.)
2. **Кесарево сечение является операцией выбора для родоразрешения беременных, рожениц при следующих**

**осложнениях:**

- эклампсия, коматозное состояние;

- преэклампсия, если в ближайшие 24-36 часов нет эффекта от

проводимой терапии;

- кровоизлияние в глазное дно с явлениями ретинопатии (кровоизлияние или «ватоподобные» белые очаги трансудативного характера, транзиторный спазм артерий сетчатки);

- угроза развития внутричерепного кровоизлияния;

- нарастающий отек мозга;

- расстройство мозгового кровообращения;

- анурия, продолжающаяся 18-24 часа;

- отслойка сетчатки, амавроз;

- отслойка нормально-расположенной плаценты;

- при нефропатии, если отсутствует эффект от проводимой терапии

в течение 5-7 дней.

12.**После родоразрешения должна быть продолжена адекватная**

**терапия токсикоза.**

**Объем неотложной помощи при угрожающем разрыве матки**

1. **Лечебная помощь должна быть оказана немедленно на месте,** любая транспортировка противопоказана, при отсутствии квалифицированных специалистов срочно вызов их «на себя».
2. **Немедленная дача глубокого наркоза** (эндотрахеальный, эфирно-кислородный с миорелаксантами, в чрезвычайных случаях – эфирный масочный наркоз).
3. **В состоянии глубокого наркотического сна быстрое**

**родоразрешение.**

1. **Кесарево сечение производится при благоприятном состоянии внутриутробного плода** (он живой, незначительно пострадал, есть уверенность в рождении живым и здоровым).
2. **При мертвом плоде или сомнительной жизнеспособности, длительном безводном периоде производится плодоразрушающая**

**операция.**

1. **В тех случаях, когда нет возможности для кесарева сечения, роды заканчиваются плодоразрушающей операцией на живом плоде.**
2. **После проведения плодоразрушающей операции обязательно ручное обследование стенок матки,** особенно оценка состояния стенок нижнего сегмента.
3. **После ревизии (ручной) стенок матки или родоразрешения путем кесарева сечения**:

- холод на живот;

- введение сокращающих (окситоцин 1 мл или метилэргометрин 1 мл) с раствором глюкозы внутривенно;

- выпустить мочу.

**Объем неотложной помощи при совершившемся**

**разрыве матки**

1. **Немедленно чревосечение** с одновременным переливанием одногруппной однорезусной крови малых сроков хранения (еще лучше теплой донорской и свеже цитратной) и кровезаменителей (полиглюкин, реополиглюкин, полидез, желатиноль, плазма, альбумин, протеин).
2. **Производство операции под эндотрахеальным наркозом** с искусственной вентиляцией легких (ИВЛ).
3. **После вскрытия брюшной полости:**

– удаление плода и последа, жидкой крови, сгустков, мекония, околоплодных вод ;

- тщательный осмотр матки и соседних органов (мочевой пузырь и кишечник), которые могут быть подвержены, особенно при насильственных разрывах матки.

1. **Объем оперативного вмешательства** (зашивание разрыва, ампутация или экстирпация) решается индивидуально, в зависимости от характера разрыва, фактора времени, общего состояния.
2. **Экстирпация матки показана:**

- при разрыве нижнего сегмента с образованием гематомы в параметральной клетчатке;

- отрыве матки от влагалищных сводов;

– инфицированности;

- а в остальных - надвлагалищная ампутация при локализации в области дна матки после иссечения разможенных тканей – ушивание.

1. **При терминальных состояниях операции проводятся в три этапа:**

а) параллельно с проведением реанимационных мероприятий лапаротомии и временный гемостаз путем наложения кровеостанавливающих зажимов при перевязке магистральных сосудов матки;

б) операционная пауза (продолжение мероприятий по выведению из шока и терминального состояния до повышения артериального давления в пределах 95-100 мм.рт. ст.

в)выполнение показанного объема операции.

1. **После окончания операции ИВЛ должна продолжаться до**:

- стабилизации устойчивой гемодинамики;

- одновременное продолжение инфузионно-трансфузионной терапии.

1. **Выполнение всех реанимационных мероприятий должно**

**проводиться** **одновременно:**

- остановка кровотечения;

-полное обезболивание;

- длительная искусственная вентиляция легких;

- трансфузионно-инфузионная терапия.

1. **Удаление матки показано:**

-при разрыве матки по рубцу;

- широкий рубец, истонченный на значительном протяжении;

-корпоральное кесарево сечение с нагноением послеоперационной

раны с обширным рубцово-спаечном процессом;

-маточно-брюшностеночном свище;

- гипотоническое состояние матки:

**Примечания:**

1. **После оперативного или консервативного родоразрешения женщин тщательное наблюдение** за пульсом, артериальном давлением, дыханием, диурезом; характером и количеством выделений из половых путей, размерами матки, температурной кривой (лист индивидуального наблюдения).
2. **Использование показателей артериального, центрального, венозного давления, гематокрита, интенсивности диуреза** для оценки показаний – противопоказанийк трансфузионной терапии, эффективности проводимых мероприятий.
3. **Оценка в динамике функционального состояния почек** (суточный и почасовой диурез, плотность мочи, микроскопия осадка, клубочковая фильтрация, канальцевая реабсорбция).
4. **Оценка в динамике гемостаза** (свертываемость, тромбоциты, протромбиновый индекс, коагулограмма, уровень фибриногена), содержание в сыворотке крови общего белка, белковых фракций, уровень гемоглобина, форменных элементов крови).
5. **Оценка в динамике функционального состояния печени** (уровень билирубина, сулемовая и тимоловая пробы).
6. **Исследование плазмы крови на уровень сахара, остаточного азота, мочевины, креатинина.**
7. **Бактериологическое исследование мочи, отделяемого из половых** **путей**, **брюшной полости** при оперативных вмешательствах, крови (в момент озноба, повышения температуры).
8. **При развитии тех или иных осложнений** – ионограмма мочи и крови, ЭКГ, рентгенологического исследование грудной клетки.