

ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ

А.В. Жаркіх, Ю.Я. Круть, В.Г. Сюсюка, Д.В. Панасюк

**АЛГОРИТМИ ДІЙ ЛІКАРЯ ПРИ
НЕВІДКЛАДНИХ СТАНАХ В АКУШЕРСТВІ
ТА ГІНЕКОЛОГІЇ**

Навчальний посібник

*для самостійної роботи студентів IV-VI курсів медичного факультету
та лікарів-інтернів акушерів-гінекологів*

Затверджено ЦМР ЗДМУ від

протокол №

Запоріжжя

2016

УДК 618-039.74(075.8)

ББК 57.1 я73

A45

Автори:

Жаркіх А.В. – професор кафедри акушерства та гінекології Запорізького державного медичного університету.

Круть Ю.Я. – завідувач кафедри акушерства та гінекології Запорізького державного медичного університету, д.мед.н., професор

Сюсюка В.Г. – доцент кафедри акушерства та гінекології Запорізького державного медичного університету.

Панасюк Д.В. – лікар Запорізького обласного перинатального центру.

Рецензенти:

Луценко Н.С. – завідувач кафедри акушерства та гінекології ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», професор д.мед.н.

Барковський Д.Є. – професор кафедри акушерства, гінекології та репродуктивної медицини ФПО ЗДМУ, д.мед.н.

Алгоритми дій лікаря при невідкладних станах в акушерстві та гінекології : навчальний посібник для самостійної роботи студентів IV-VI курсів медичного факультету та лікарів-інтернів акушерів-гінекологів / А.В. Жаркіх, Ю.Я. Круть, В.Г. Сюсюка, Д.В. Панасюк. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2016. – 105 с. – Бібліогр. : с. 104.

©А.В. Жаркіх, Ю.Я. Круть, В.Г. Сюсюка, Д.В. Панасюк, 2016
© ЗДМУ, 2016

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ.....	6
-------------------------------	----------

ЧАСТИНА I

Невідкладні стани при ускладненому перебігу вагітності.....	7
--------------------------------------------------------------------	----------

1. Гестози.....	8
1) Алгоритм діагностики та лікування тяжкого блювання вагітних.....	9
2) Алгоритм діагностики та лікування тяжкої прееклампсії.....	10
3) Алгоритм діагностики та лікування HELLP-синдрому.....	11
4) Алгоритм діагностики та лікування еклампсії.....	12
2. Передчасні пологи.....	13
1) Алгоритм ведення передчасних пологів.....	14
3. Клінічно вузький таз.....	15
1) Алгоритм ведення пологів при клінічно вузькому тазу.....	16
4. Дистоція плечиків плода.....	17
1) Алгоритм надання допомоги при дистоції плечиків.....	18
5. Затримка росту та дистрес плода	19
1) Оцінка показників біофізичного профілю плода	20
2) Алгоритм акушерської тактики при ЗРП	21
3) Алгоритм акушерської тактики при дистресі плода під час вагітності.....	22
4) Тактика ведення пологів в залежності від результатів КТГ плода під час пологів.....	23
5) Шкала Апгар.....	24
6) Алгоритм реанімації новонародженого.....	25
6. Кровотечі.....	26
1) Алгоритм дії лікаря при кровотечі у першій половині вагітності.....	27
2) Діагностичні ознаки різноманітних форм трубної вагітності	28
3) Алгоритм при порушеній позаматковій вагітності	29
4) Алгоритм надання невідкладної допомоги у разі кровотечі при спонтанному аборті.....	30
5) Алгоритм дій лікаря при передлежанні плаценти.....	31
6) Алгоритм надання допомоги в разі допологової кровотечі.....	32
7) Алгоритм дій лікаря при передчасному відшаруванні нормально розташованої плаценти.....	33
8) Алгоритм дій при кровотечі в III періоді пологів.....	34
9) Схема введення утеротонічних засобів при гіпотонічній матці.....	35
10) Алгоритм попередження та надання допомоги в разі післяпологової кровотечі.....	36
11) Визначення груп крові.....	37
7. Синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові.....	38
1) Основні клініко-патогенетичні ознаки різних стадій ДВЗ-синдрому	39

2) Алгоритм лікувальної тактики гострого ДВЗ-синдрому	40
3) Результати лабораторних досліджень системи гемостазу (в залежності від стадії ДВЗ-синдрому).....	41
8. Акушерський травматизм.....	42
1) Клінічні прояви розриву матки та лікування.....	43
9. Післяпологові септичні захворювання.....	44
1) Алгоритм діагностики та лікування післяпологового ендометриту.....	45
2) Алгоритм діагностики та лікування лактаційного маститу.....	46
3) Алгоритм діагностики та лікування післяпологового перитоніту.....	47
4) Алгоритм невідкладної допомоги при акушерському сепсисі.....	48
5) Алгоритм діагностики та лікування інфікованого аборту.....	49

ЧАСТИНА II

Невідкладні стани при екстрагенітальній патології у вагітних.....50

1. Невідкладні стани при захворюваннях серцево-судинної системи у вагітних	
1) Алгоритм діагностики та лікування гострої серцевої недостатності.....	52
2) Алгоритм діагностики та лікування серцевих аритмій у вагітних.....	53
3) Алгоритм діагностики та лікування гострого інфаркту міокарда.....	54
4) Алгоритм діагностики та лікування гіпертонічного кризу.....	55
2. Захворювання органів дихання та вагітність.....	56
1) Емпірична антибіотикотерапія негоспітальної пневмонії у вагітних.....	57
2) Емпірична антибіотикотерапія госпітальної пневмонії у вагітних.....	58
3. Захворювання органів сечовиділення та вагітність.....	59
1) Алгоритм невідкладної допомоги при гострому пієлонефриті.....	60
2) Алгоритм дій при гострій нирковій недостатності.....	61
4. Захворювання печінки та вагітність.....	62
1) Алгоритм надання невідкладної допомоги при підозрі на ГВГ.....	63
2) Алгоритм невідкладної допомоги при ГПН.....	64
3) Алгоритм надання акушерської допомоги при синдромі жовтяниці у вагітних	
4) Обсяг обов'язкових досліджень у вагітних з жовтяницею.....	65
5) Диференційна діагностика загрозливих жовтяниць у вагітних.....	66
5. Гостра хірургічна патологія та вагітність.....	67
1) Гострий апендицит і вагітність.....	68
2) Гострий холецистит та вагітність.....	69
3) Гостра непрохідність кишківника і вагітність.....	70
4) Гострий панкреатит та вагітність.....	71
5) Гостра проривна виразка шлунку та дванадцятипалої кишки та вагітність.....	72
6) Ускладнені пухлини яєчників і вагітність.....	73
7) Некроз фіброматозного вузла і вагітність.....	74
6. Тромбози та емболії в акушерстві.....	75
1) Алгоритм діагностики та лікування тромбофлебіту поверхневих вен.....	76
2) Алгоритм діагностики та лікування ТГВНК.....	77
3) Алгоритм діагностики ТЕЛА під час вагітності.....	78
4) Алгоритм діагностики та лікування ЕАР.....	79

7. Шокові стани.....	80
1) Класифікація геморагічного шоку за ступенем тяжкості, критерії тяжкості геморагічного шоку	81
2) Алгоритм дій лікаря у разі геморагічного шоку.....	82
3) Інфузійно-трансфузійна терапія при акушерських кровотечах.....	83
4) Алгоритм діагностики та лікування септичного шоку.....	84
5) Алгоритм покаткового лікування анафілаксії.....	85
6) Алгоритм діагностики та лікування кардіопульмонального шоку.....	86
7) Алгоритм діагностики та лікування гіпотонічного кризу.....	88
8. Коматозні стани.....	89
1) Алгоритм діагностики та лікування екламптичної коми.....	90
9. Колапси.....	91
1) Алгоритм дії при синдромі стискання нижньої порожнинної вени.....	92
10. Додаток.....	93
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.....	104

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

- АлАТ (АЛТ) – аланінамінотранфераза;
АсАТ (АСТ) – аспартатамінотрансфераза;
АТ – артеріальний тиск;
АЧТЧ – активований частковий тромбіновий час;
БПП – біофізичний профіль плода;
ГГТ (γ -ГТ) – гамма-глутамілтранспептидаза;
ГВГ – гострий вірусний гепатит;
ГПН – гостра печінкова недостатність;
ГШ – геморагічний шок;
ДВЗ – дисеміноване внутрішньосудинне згорання крові;
ДШ – дихальні шляхи;
ЕАР – емболія амніотичною рідиною;
ЗРП – затримка розвитку плода;
КЛС – кислотно-лужний стан;
КТ – кровотеча;
ЛДГ – лактатдегідрогеназа;
ЛФ – лужна фосфотаза;
ПЧ – протромбіновий час;
СШ – септичний шок;
ТГВНК – тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок;
ТЧ – тромбіновий час;
ЦВТ – центральний венозний тиск;
ЧД – частота дихання;
ЧСС – частота серцевих скорочень;
ШВЛ – штучна вентиляція легенів;
ШОЕ – швидкість осідання еритроцитів.

ЧАСТИНА I

НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ ПРИ УСКЛАДНЕНОМУ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ

ГЕСТОЗИ

Алгоритм діагностики та лікування тяжкого блювання вагітних

Діагностика тяжкого блювання вагітних

Клінічні ознаки:

- апетит відсутній, їжу вагітні не утримують;
- нудота постійна, нестерпна;
- блювання більше 11 разів на добу;
- швидке зниження маси тіла;
- хворі стають млявими, у тяжких випадках спостерігається ейфорія і марення;
- гіпотензія;
- підвищення температури тіла до 38 °С і вище;
- тахікардія (пульс 120 уд./хв і більше);
- іктеричність шкіряних покривів і видимих слизових;
- запах ацетону з рота;
- діурез знижений, характерна тривала затримка стільця.

Лабораторні ознаки

- білок у сечі, ацетонурія, циліндрурія;
- гіпербілірубінемія, підвищення рівня жовчних кислот, сечовини, залишкового азоту;
- метаболічний ацидоз у поєднанні з гіпокапнією;
- гіпокаліємія, гіпернатріємія;
- підвищення рівня гематокриту;
- гіпопротеїнемія, гіпоальбумінемія, підвищення вмісту глобулінових фракцій.

Тяжке блювання вагітних

Вагітну госпіталізують до акушерського стаціонару. Лікарські засоби вводяться тільки парентерально

Успішне лікування

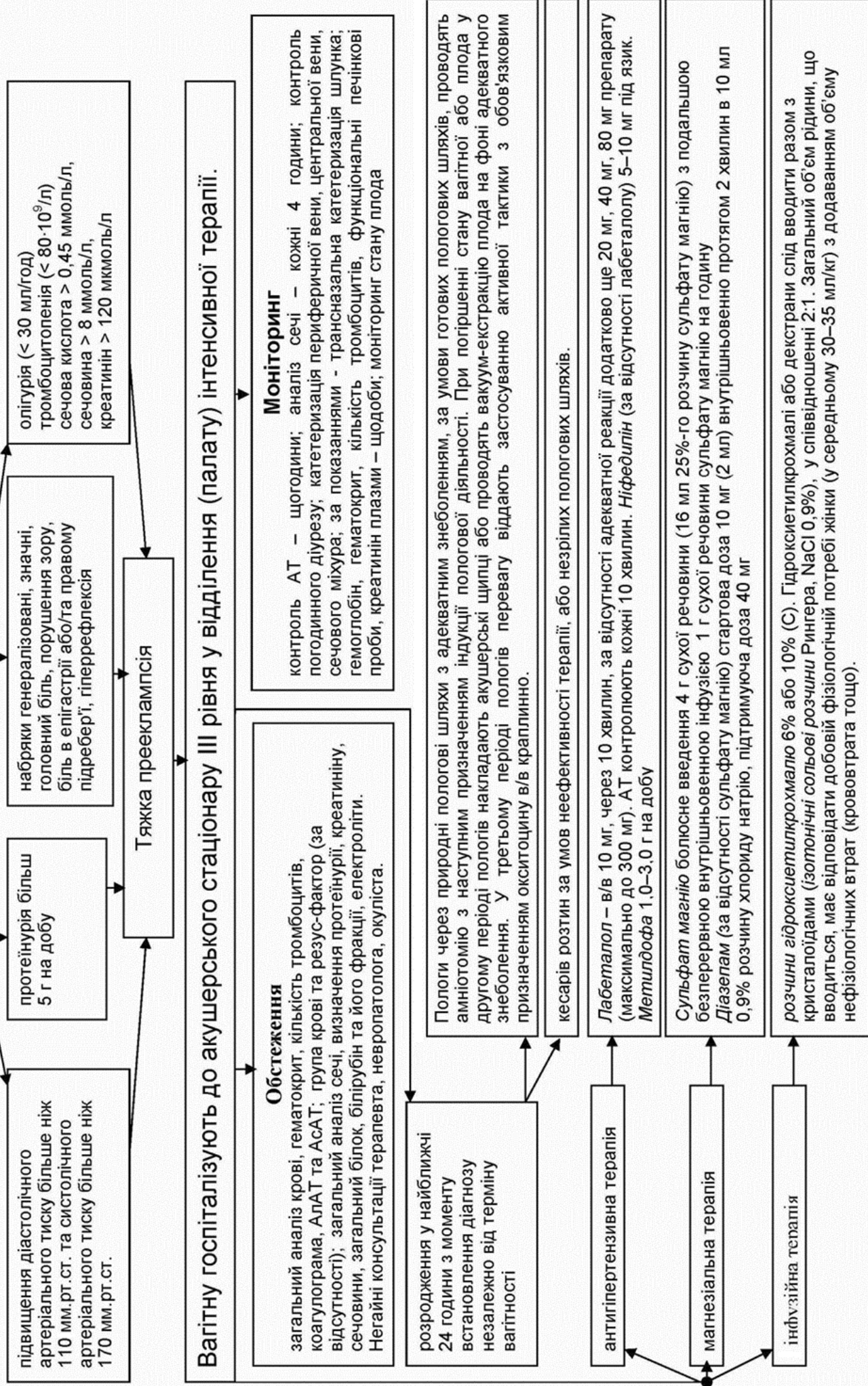
Ведення вагітності та пологів згідно акушерської ситуації

Безуспішне лікування
Стійкій субфібрилітет,
Виражена тахікардія,
Прогресуюче зниження маси тіла,
Протеїнурія, циліндрурія, ацетонурія,
Жовтяниця протягом 7-10 діб.

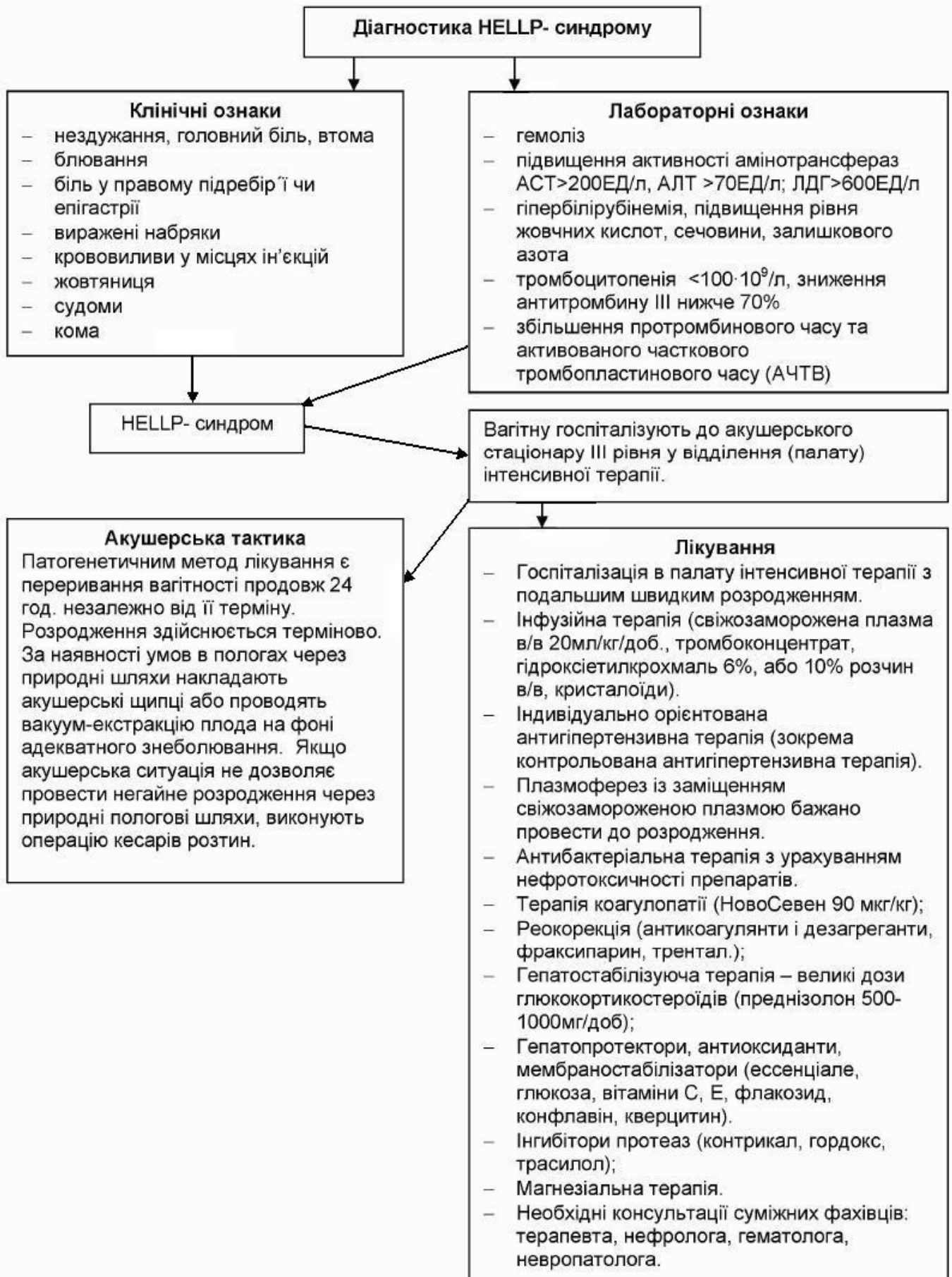
Переривання вагітності

Нормалізація функцій ЦНС – р-н натрію броміду 10мл 10% пролонгований сон, електросон протиблювальні препарати – етаперазин (по 0,002 г 3 - 4 рази на день), торекан (по 1 мл або 6,5 мг в/м, в/в 1 - 2 рази в день), у вигляді свічок або драже (2 - 3 рази на день), дроперидол (0,5 - 1 мл 0,25 % р-н в/м або в/в), церукал (метоклопрамід), в/м або в/в по 1 - 2 ампули на добу. Відновлення втрати живильних речовин і рідини з корекцією електролітного балансу і кислотнo-лужної рівноваги — розчин Рінгера – Локка, соляних препаратів «Хлосоль», «Дисоль», «Трисоль», ізотонічний розчин натрію хлориду, плазми. При порушеннях кислотнo-лужної рівноваги у бік ацидозу застосовують 4 - 5 % розчин гідрокарбонату натрію (100 - 150 мл) під контролем КЛС. В особливо тяжкого контингенту хворих при встановленні гіпофункції кори надниркових залоз, як виняток, призначають протягом 2-4 днів гідрокортизон або інші кортикостероїди.

Алгоритм діагностики та лікування тяжкої преєклампсії



Алгоритм діагностики та лікування HELLP-синдрому



Алгоритм діагностики та лікування еклампсії

Судомний напад у жінки з прееклампсією

Еклампсія

Розродження

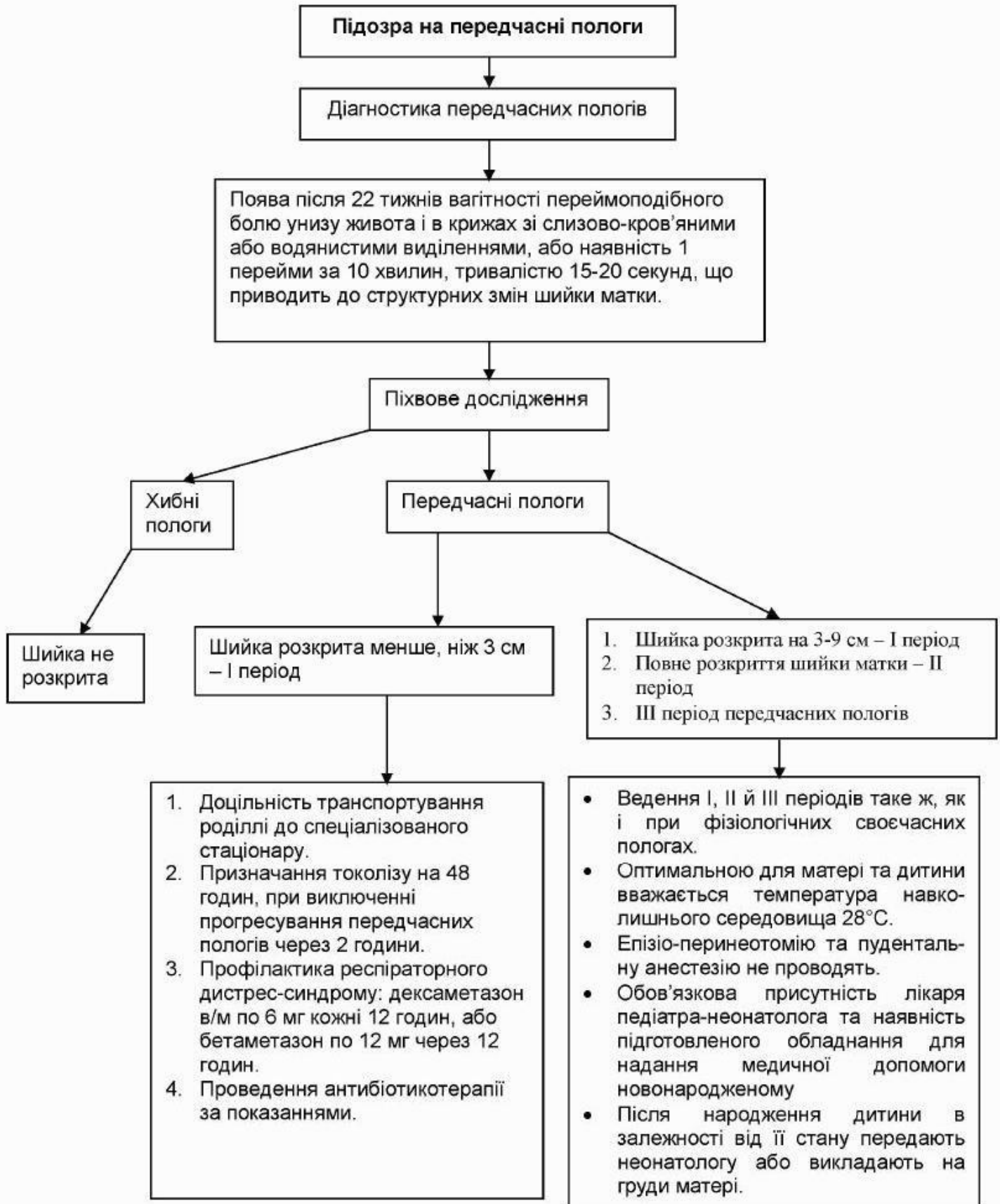
Здійснюється терміново. За наявності умов в пологах через природні шляхи накладають акушерські щипці на фоні адекватного знеболення. Якщо акушерська ситуація не дозволяє провести негайне розродження через природні пологові шляхи, виконують операцію кесарів розтин. Розродження проводять відразу після ліквідації нападу судом на фоні постійного введення сульфату магнію та антигіпертензивної терапії. За умови продовження нападу судом термінове розродження проводять після переведення хворої на ШВЛ.

Перша допомога під час розвитку приступу еклампсії?

1. Лікування у разі нападу судом починається на місці.
2. Розгортають палату інтенсивної терапії чи госпіталізують вагітну до відділення анестезіології та інтенсивної терапії.
3. Вагітну вкладають на рівну поверхню у положенні на лівому боці, швидко звільняють дихальні шляхи, відкриваючи рот і висуваючи вперед нижню щелепу, паралельно евакуують вміст ротової порожнини. За можливості, якщо збережено спонтанне дихання, вводять повітровід та проводять інгаляцію кисню.
4. Примусова вентиляція носо-лицьовою маскою з подачею 100% кисню у режимі позитивного тиску наприкінці видиху. Якщо судомні повторюються або хвора залишається у стані коми, вводять м'язові релаксанти та переводять пацієнтку на штучну вентиляцію легенів (ШВЛ) у режимі помірної гіпервентиляції.
5. Катетеризація периферичної вени, введення протисудомних препаратів (сульфату магнію вводять в/в болюсно впродовж 5-100 хв., вводять 4 г сульфату магнію (16 мл 25% розчину) потім підтримуюча терапія 1-2 г/год, підтримуюча доза складає 2 г/год (8 мл 25% розчину), добова доза 24-30 г/добу) під ретельним контролем АТ і ЧСС.
6. Катетеризують центральну вену за необхідності контролю ЦВТ, для контролю погодинного діурезу катетеризують – сечовий міхур. За показаннями - трансназальна катетеризація шлунка.
7. Усі маніпуляції (катетеризація вен, сечового міхура, акушерські маніпуляції) проводять під загальною анестезією.
8. Після ліквідації судом інфузійна терапія – розчини гідроксиетилкрохмалю (стабізол, рефортан, 6%) в обсязі 10-15мл/кг маси тіла, кристалоїди.
9. Здійснюють огляд невропатологом та окулістом. Лабораторні аналізи: повний аналіз крові (тромбоцити, гематокрит, гемоглобін, час згортання), загальний білок, рівень альбуміну, глюкоза, сечовина, креатинін, трансамінази, електроліти, рівень кальцію, магнію, фібриноген та продукти його деградації, протромбін та протромбіновий час, аналіз сечі, добова протеїнурія.

ПЕРЕДЧАСНІ ПОЛОГИ

Алгоритм ведення передчасних пологів



КЛІНІЧНО ВУЗЬКИЙ ТАЗ

Алгоритм ведення пологів при клінічно вузькому тазу



ДИСТОЦІЯ ПЛЕЧИКІВ ПЛОДА

Алгоритм надання допомоги при дисточії плечиків

Вираженість ДП	Заходи	Описання заходів
Легка	H — help (покликати на допомогу)	Відпрацьований сценарій заходів всіх учасників
	E — evaluate for episiotomy (розглянути необхідність епізіотомії)	На розсуд лікаря, що проводить пологи
	L — legs, the McRoberts maneuver (ноги — прийом Мак-Робертса)	Максимальне згинання ніг роділлі в кульшових суглобах
	P — pressure (тиск)	Помічник рукою тисне над лобком дорсально або косодорсально
Помірна	E — enter, Woods, Rubin maneuvers (ввести руку в піхву — прийоми Вудса і Рубіна)	Тиск на передне або задне плече для переведення бісакроміального діаметру паралельно косому розміру таза матері
	R — roll (поворот по Гаскіну)	Роділлю повертають в колінно-ліктьову позу
	R — remove the posterior arm (витягти задню ручку)	«Умиваючим» рухом в напрямку від спинки до грудей витягти задню ручку плода
Виражена	Перелом ключиці (Clavicle fracture)	Використати спробу перелому ключиці
	Symphysiotomy	Розсічення лонного зчленування після зсуву уретри латерально
Неможливість народження плечового поясу	Zavenelli	Вправлення голівки назад в порожнину малого тазу з подальшим кесарським розтином

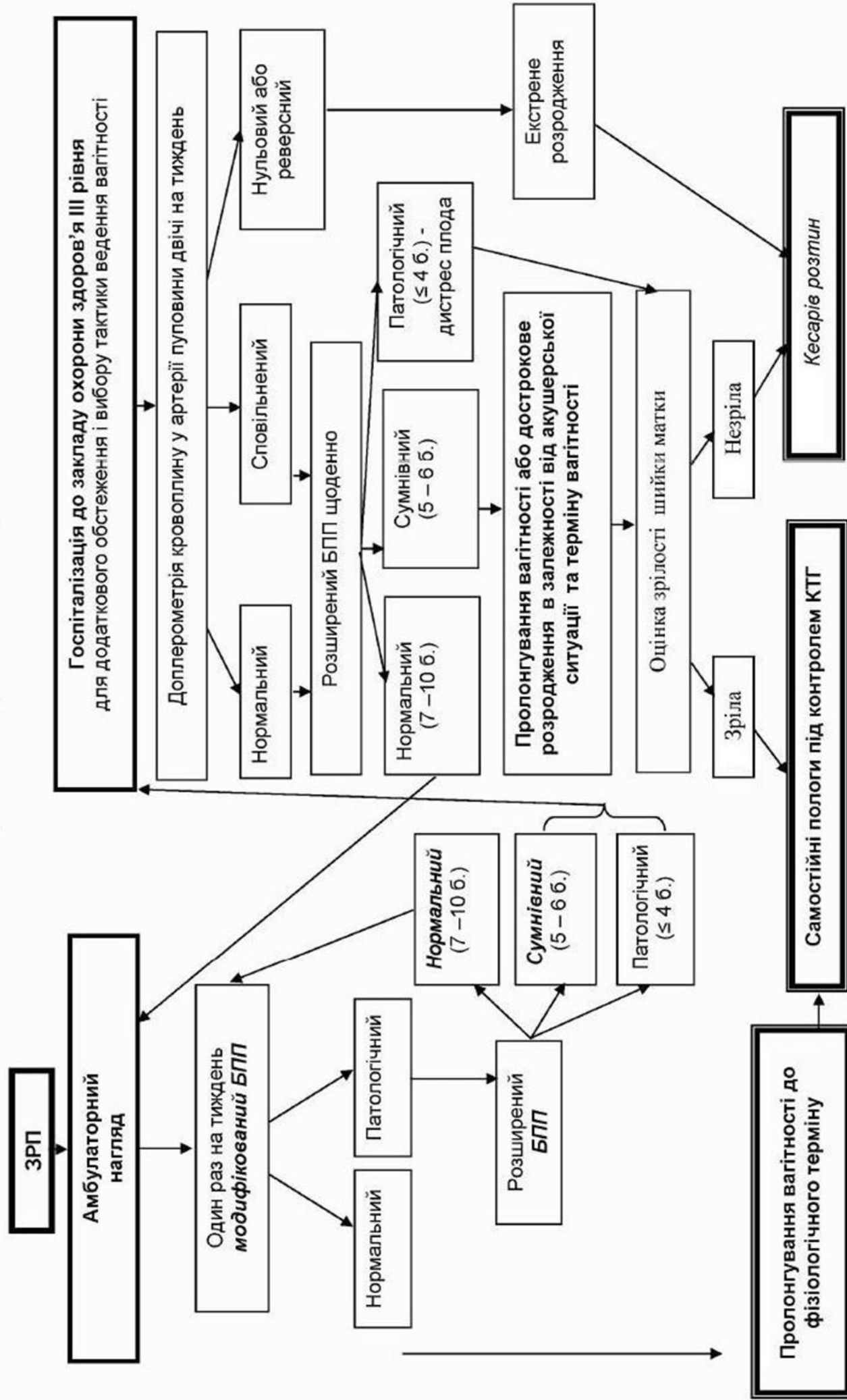
ЗАТРИМКА РОСТУ ТА ДИСТРЕС ПЛОДА

Оцінка показників біофізичного профілю плода

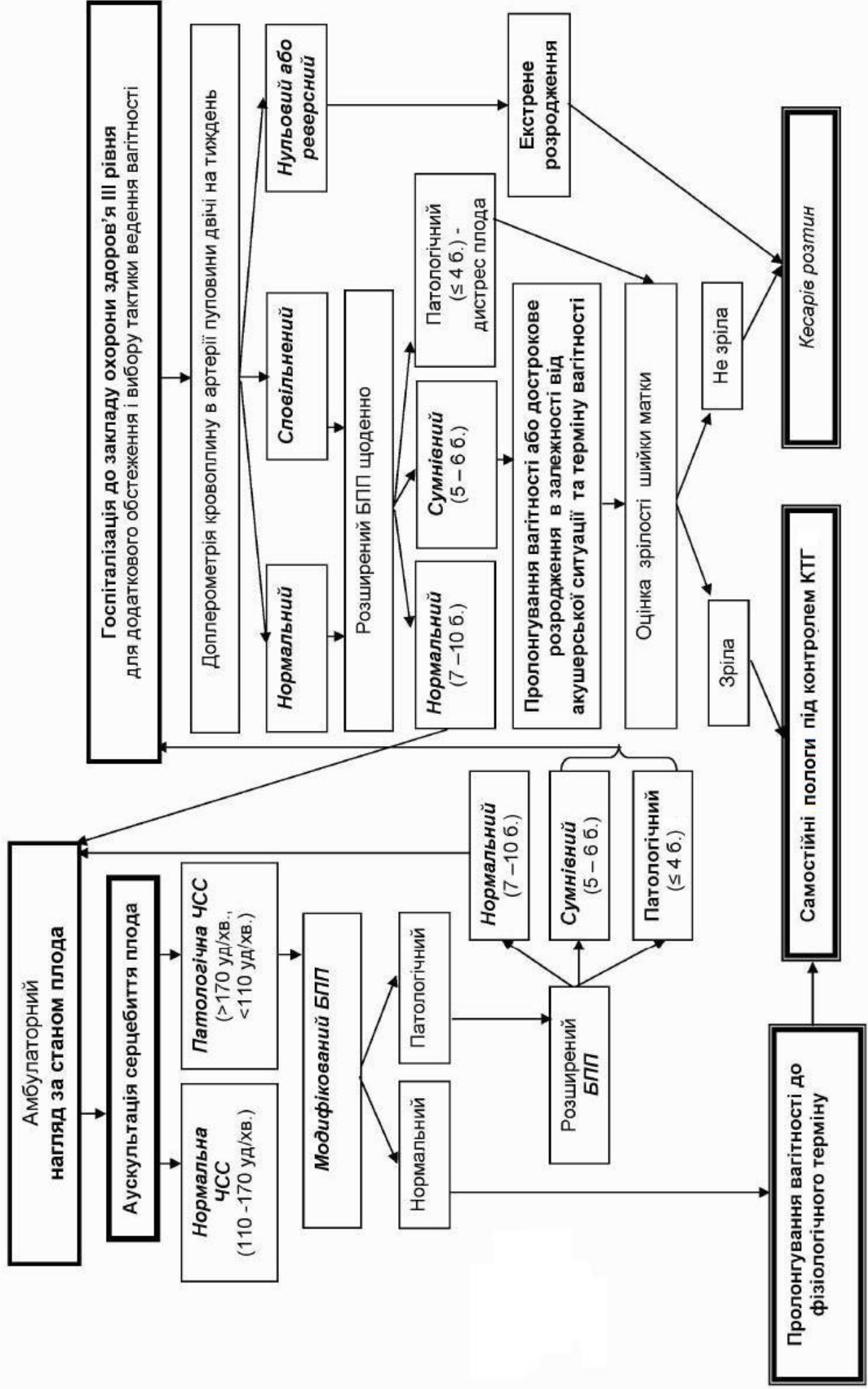
Параметри	Бали		
	2	1	0
Нестресовий тест (реактивність серцевої діяльності плода після його рухів за даними КТГ)	5 і більше акцелерацій ЧСС амплітудою не менше 15 уд./хв., тривалістю не менше 15 с, пов'язаних із рухами плода за 20 хвилин спостереження	2-4 акцелерацій ЧСС амплітудою не менше 15 уд./хв., тривалістю не менше 15 с, пов'язаних із рухами плода за 20 хвилин спостереження	1 акцелерація або відсутність її за 20 хв. спостереження
Дихальні рухи плода (ДРП)	Не менше одного епізоду ДРП тривалістю 60 с. і більш за 30 хв. спостереження	Не менше одного епізоду ДРП тривалістю від 30 до 60 с. за 30 хв. спостереження	ДРП тривалістю менше 30 с. або їх відсутність за 3 хв. спостереження
Рухова активність плода	Не менше 3 генералізованих рухів за 30 хв. спостереження	1 або 2 генералізованих рухів за 30 хв. спостереження	Відсутність генералізованих рухів
Тонус плода	Один епізод і більше розгинань із поверненням у згинальне положення хребта та кінцівок за 30 хв. спостереження	Не менше одного епізоду розгинання із поверненням у згинальне положення за 30 хв. спостереження	Кінцівки в розгинальному положенні
Об'єм навколоплідних вод	Води визначаються у матці, вертикальний діаметр вільної ділянки вод 2 см і більше	Вертикальний розмір вільної ділянки вод більше 1 см, але не менше 2 см	Тісне розташування дрібних частин плода, вертикальний діаметр вільної ділянки менше 1 см
Оцінка БПП	7-10 балів – задовільний стан плода; 5-6 балів – сумнівний тест (повторити через 2-3 дні) 4 балів і нижче – патологічна оцінка БПП (вирішити питання про термінове розродження)		

При патологічному БПП проводиться доплерометрія кровоплину в артерії пуповини. При нормальному кровоплину в артерії пуповини необхідне повторне БПП через 24 години.

Алгоритм акушерської тактики при ЗРП



Алгоритм акушерської тактики при дистресі плода під час вагітності



Тактика ведення пологів в залежності від результатів КТГ плода під час пологів

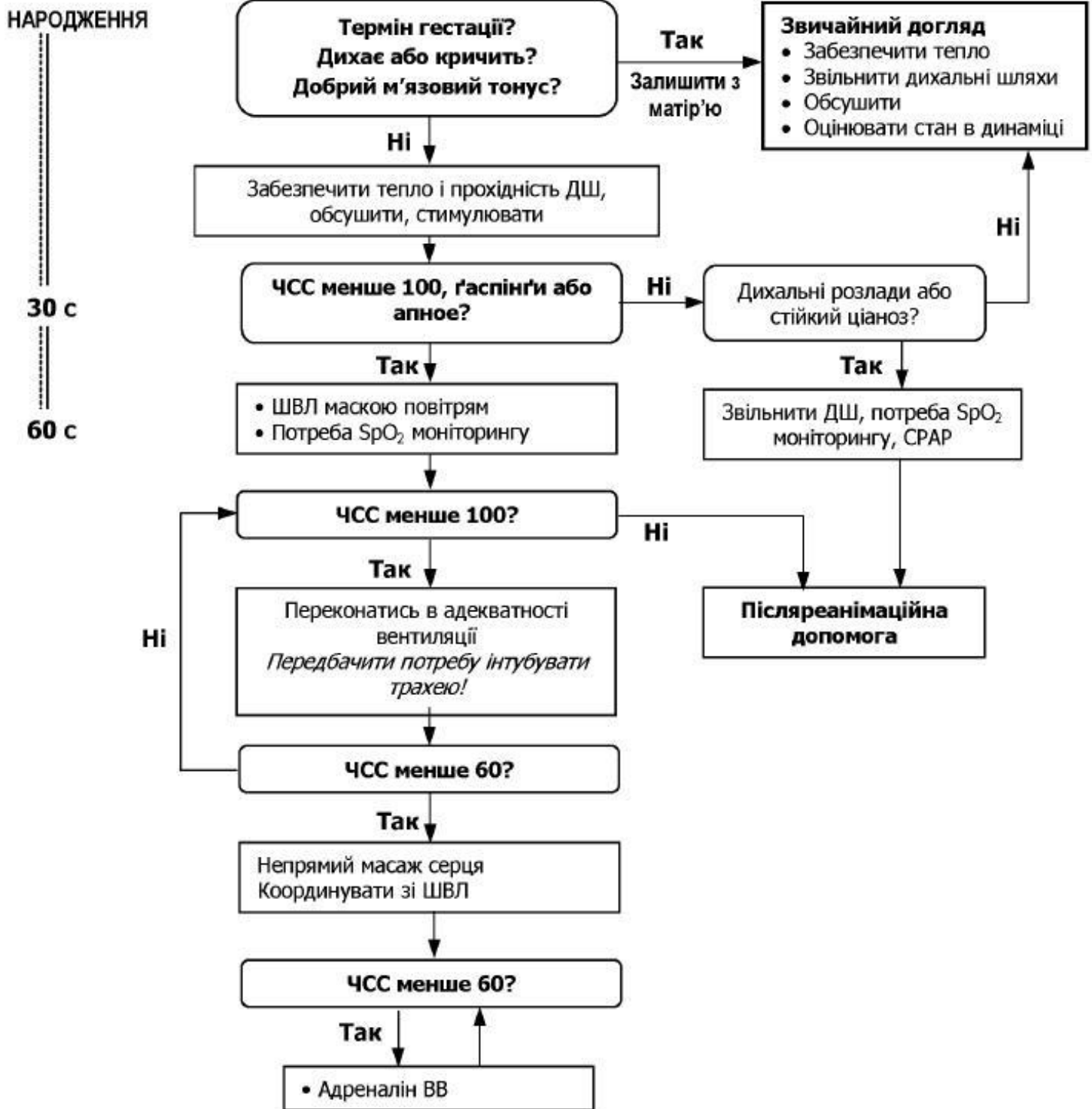
Показник	Градації	Оцінка стану плода	Рекомендація	
I період пологів				
Базальна частота серцевих скорочень, (уд./хв.)	нормокардія	110-170	задовільна	спостереження
	тахікардія	171-180	припустима	моніторинг ЧСС
		> 180	дистрес	кесарів розтин
	брадікардія	109-100	припустиа	моніторинг ЧСС
< 100		дистрес	кесарів розтин	
Варіабельність, (уд./хв.)	хвилеподібна	10-25	задовільна	спостереження
	звужена	5-9	припустима	моніторинг ЧСС
		3-4	припустима	моніторинг ЧСС
	монотонна	2 і менше	дистрес	кесарів розтин
Децелерації (амплітуда, уд./хв.)	ранні	відсутні	задовільна	спостереження
		< 50	припустима	моніторинг ЧСС
		> 50	дистрес	кесарів розтин
	пізні	відсутні	задовільна	спостереження
		< 30	припустима	моніторинг ЧСС
		> 30	дистрес	кесарів розтин
	варіабельні	відсутні	задовільна	спостереження
		< 50	припустима	моніторинг ЧСС
		> 50	дистрес	кесарів розтин
II період пологів				
Базальна частота серцевих скорочень, (уд./хв.)	нормокардія	110-170	задовільна	спостереження
	тахікардія	171-190	припустима	моніторинг ЧСС
		> 190	дистрес	екстракція плода
	брадікардія	109-90	припустима	моніторинг ЧСС
< 90		дистрес	екстракція плода	
Варіабельність, (уд./хв.)	хвилеподібна	10-25	задовільна	спостереження
	звужена	5-9	припустима	моніторинг ЧСС
		3-4	припустима	моніторинг ЧСС
	монотонна	2 і менше	дистрес	екстракція плода
Децелерації (амплітуда, уд./хв.)	ранні	відсутні	задовільна	спостереження
		< 60	припустима	моніторинг ЧСС
		> 60	дистрес	екстракція плода
	пізні	відсутні	задовільна	спостереження
		< 45	припустима	моніторинг ЧСС
		> 45	дистрес	екстракція плода
	варіабельні	відсутні	задовільна	спостереження
		< 60	припустима	моніторинг ЧСС
		> 60	дистрес	екстракція плода

Шкала Апгар

Показник	0 балів	1 бал	2 бали
Частота серцевих скорочень	<i>Відсутнє серцебиття</i>	<i>Менше 100 за хвилину</i>	<i>100 за хвилину і більше</i>
Дихання	<i>Відсутнє</i>	<i>Слабкі, неритмічні дихальні рухи</i>	<i>Адекватне; голосний крик</i>
М'язовий тонус	<i>Відсутній</i>	<i>Незначна флексія кінцівок</i>	<i>Добра флексія кінцівок, активні рухи</i>
Рефлекторна реакція на відсмоктування з верхніх дихальних шляхів або тактильну стимуляцію	<i>Відсутня</i>	<i>Гримаса</i>	<i>Крик, кашель або чхання</i>
Колір шкіри	<i>Різка блідість або центральний ціаноз</i>	<i>Тулуб рожевий, ціаноз кінцівок</i>	<i>Рожева або локальний ціаноз</i>

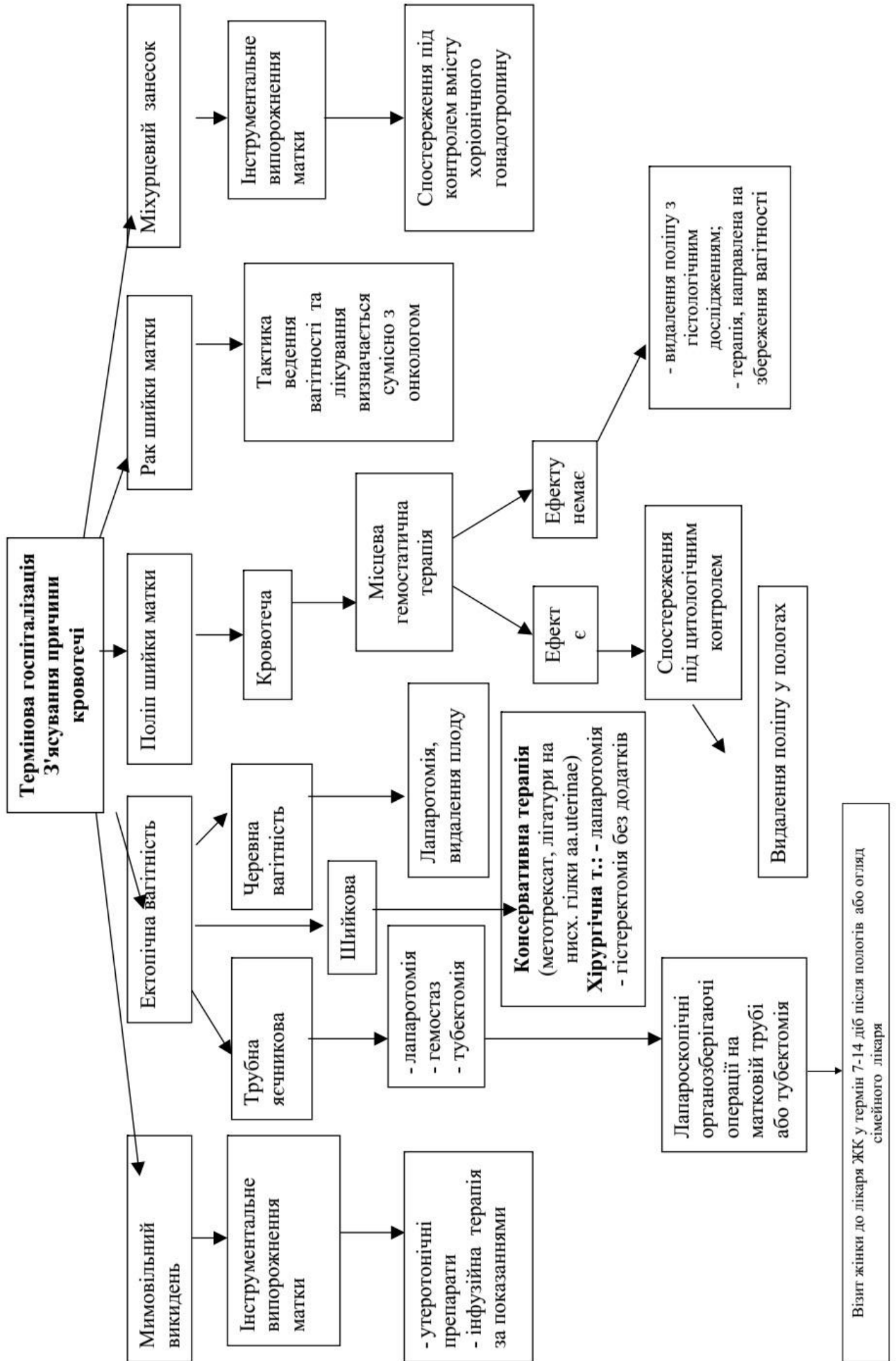
- Ця оцінка характеризує загальний стан новонародженого та ефективність проведених реанімаційних заходів.
- Оцінку за шкалою Апгар слід проводити:
 - під час надання реанімаційної допомоги дитині наприкінці 1-ої і 5-ої хвилин після народження незалежно від терміну гестації і маси тіла при народженні;
 - якщо результат оцінки на 5 хвилині менше 7 балів, додаткові оцінювання за шкалою Апгар треба робити кожні 5 хвилин до отримання 7 балів або до 20-ї хвилини життя немовляти.

Алгоритм реанімації новонародженого



КРОВОТЕЧИ

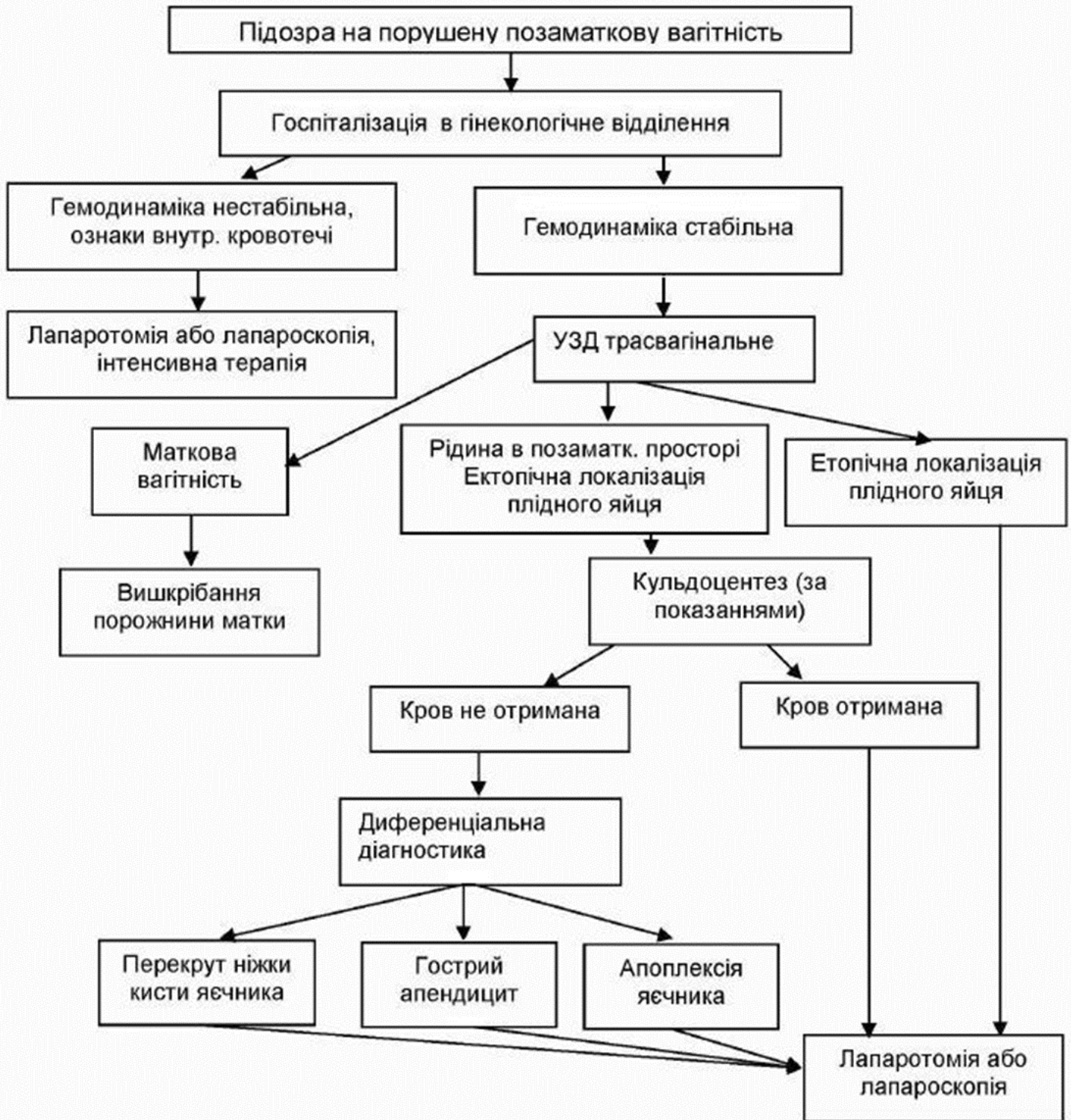
АЛГОРИТМ ДІЇ ЛІКАРЯ ПРИ КРОВОТЕЧІ У ПЕРШІЙ ПОЛОВИНІ ВАГІТНОСТІ



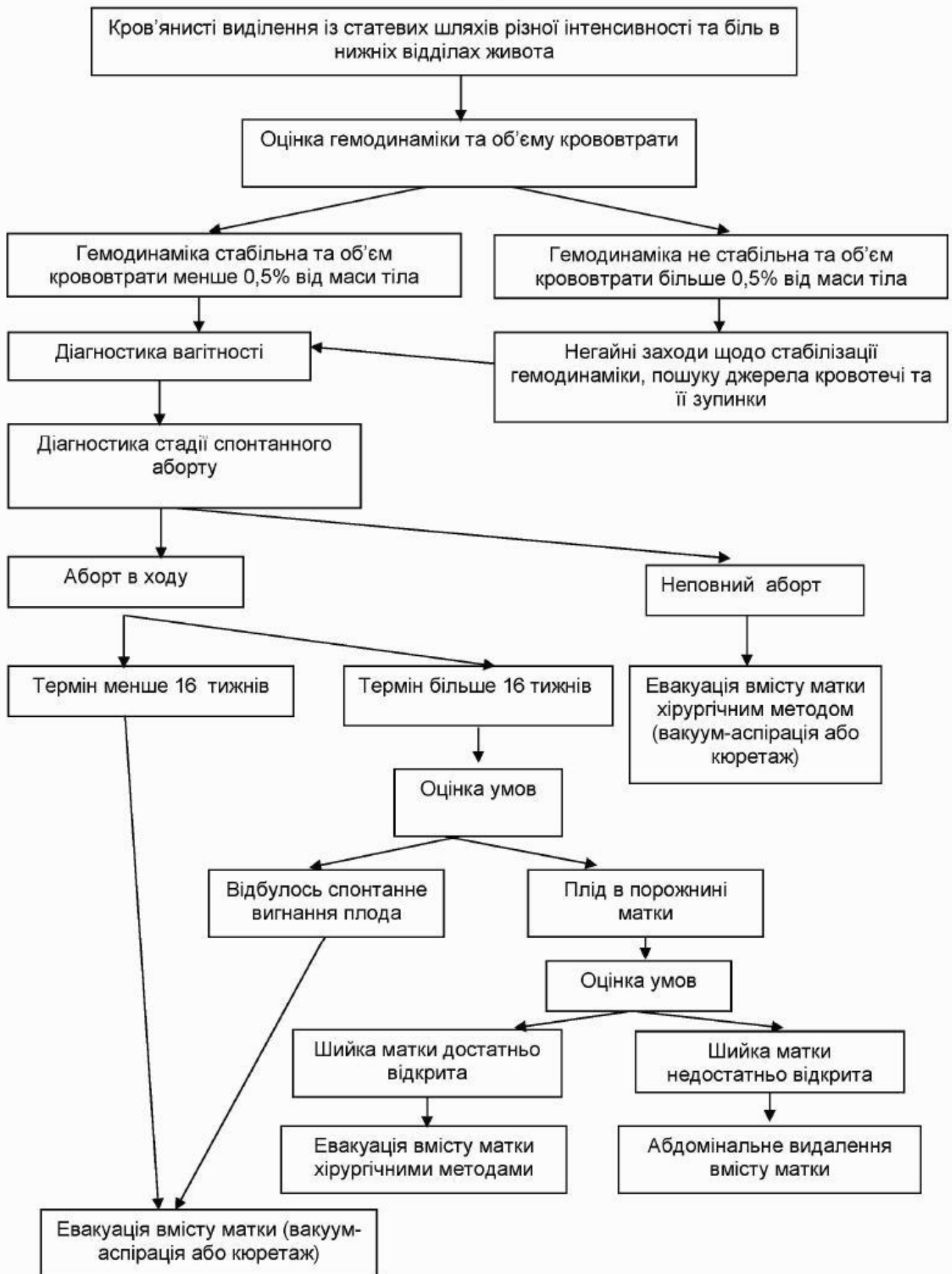
Діагностичні ознаки різноманітних форм трубної вагітності

Клінічні ознаки	Прогресуюча позаматкова вагітність	Трубний викидень	Розрив маткової труби
<i>Ознаки вагітності</i>	Позитивні	Позитивні	Позитивні
<i>Загальний стан хворої</i>	Задовільний	Періодично погіршується, короточасні втрати свідомості, тривалі періоди задовільного стану	Колаптоїдний стан, клініка масивної крововтрати, прогресивне погіршення стану
<i>Біль</i>	Відсутній	Характер нападів, що періодично повторюються	З'являється у вигляді гострого нападу
<i>Виділення</i>	Відсутні або незначні кров'яні	Кров'яні виділення темного кольору, з'являються після нападу болю	Відсутні або незначні кров'яні
<i>Піхове дослідження</i>	Матка не відповідає терміну затримки місячних, поряд з маткою визначається утворення ретортоподібної форми, безболісне, склепіння вільні	Такі самі, болючість при зміщенні матки, утворення без чітких контурів, заднє склепіння згладжене	Такі самі, симптоми "плаваючої матки", болючість матки і додатків з ураженого боку, нависання заднього склепіння
<i>Додаткові методи обстеження</i>	УЗД, визначення рівня β -ХГЛ, лапароскопія	Кульдоцентез Лапароскопія	Не проводяться

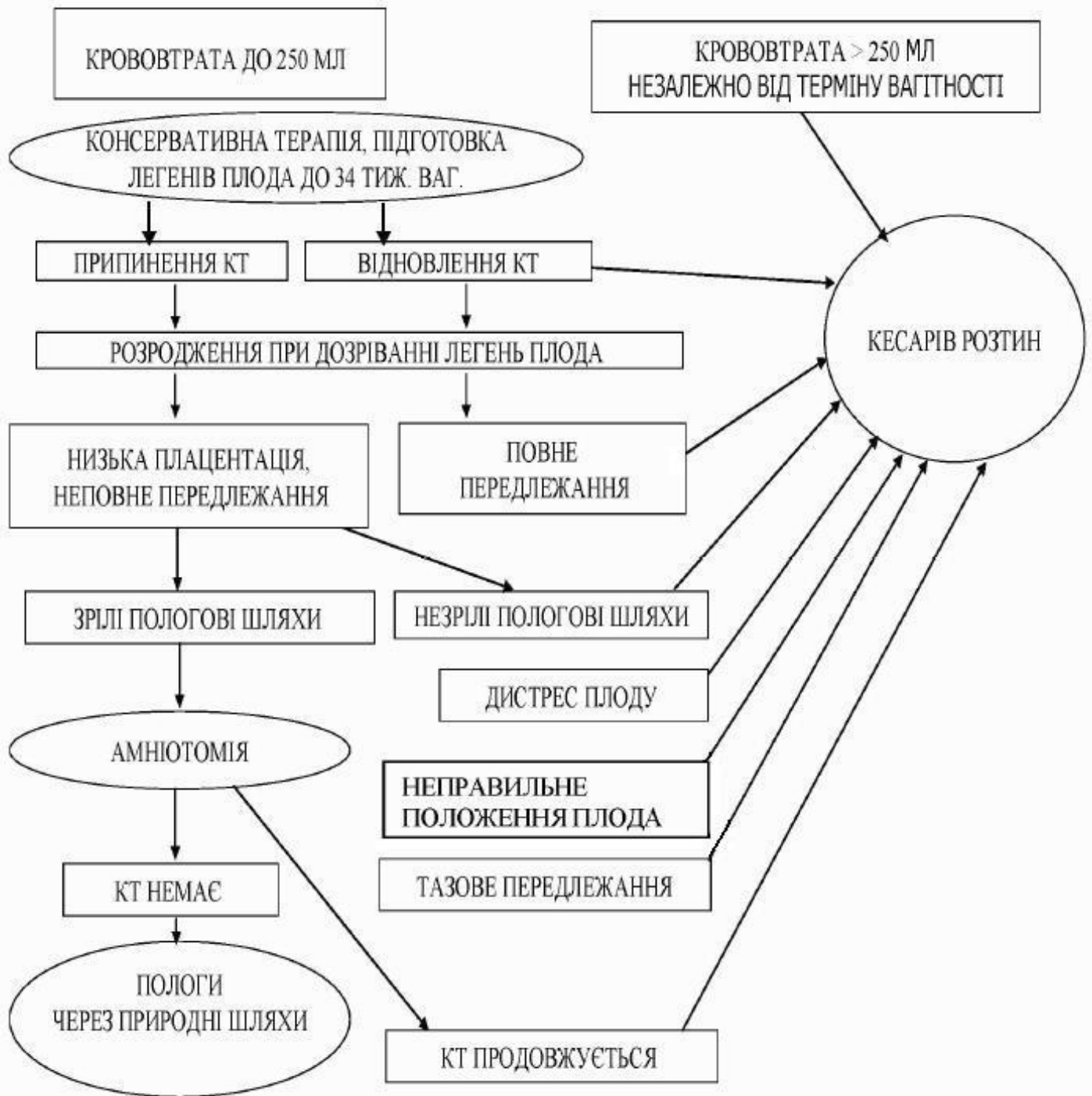
Алгоритм при порушеній позаматковій вагітності



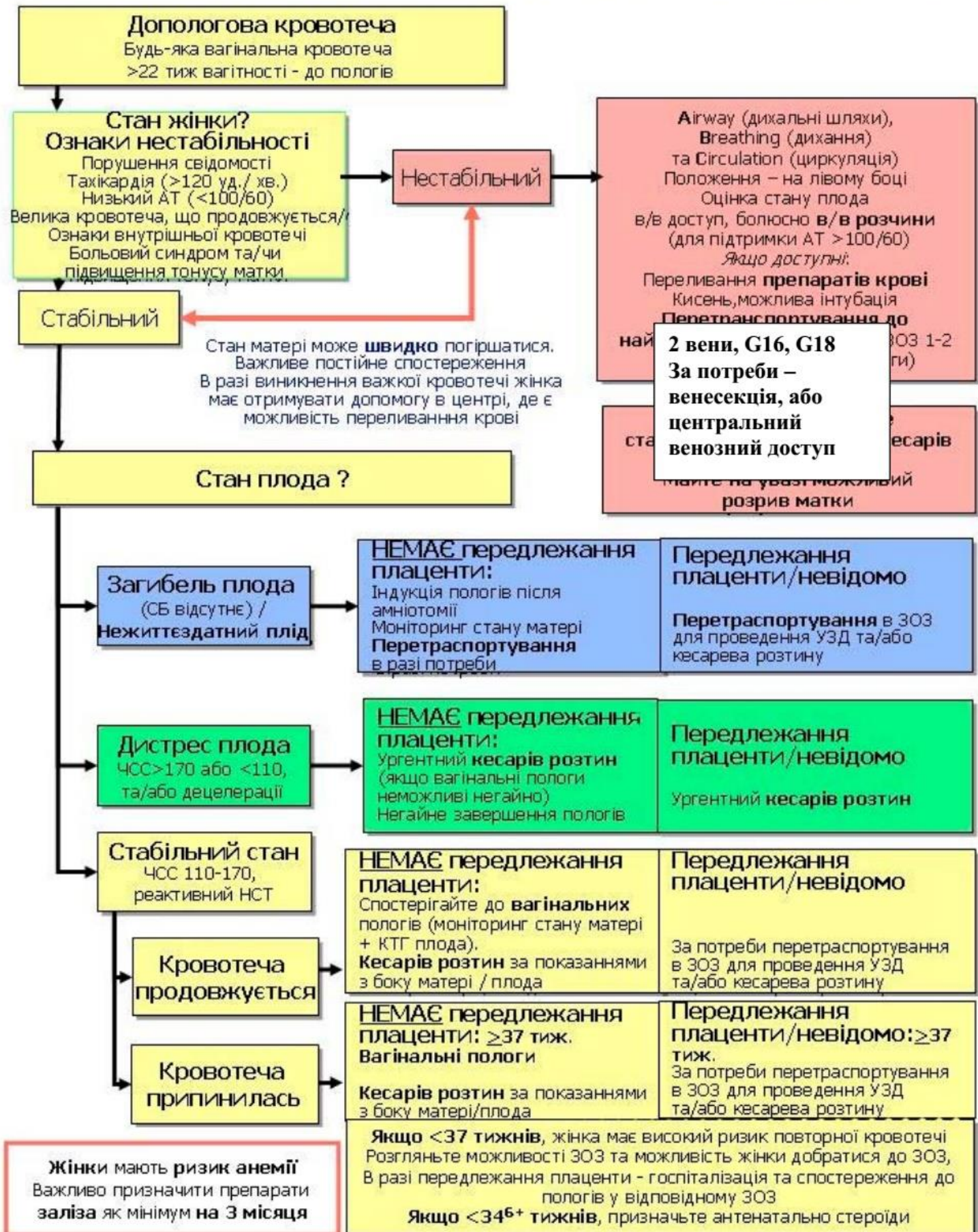
Алгоритм надання невідкладної допомоги у разі кровотечі при спонтанному аборті



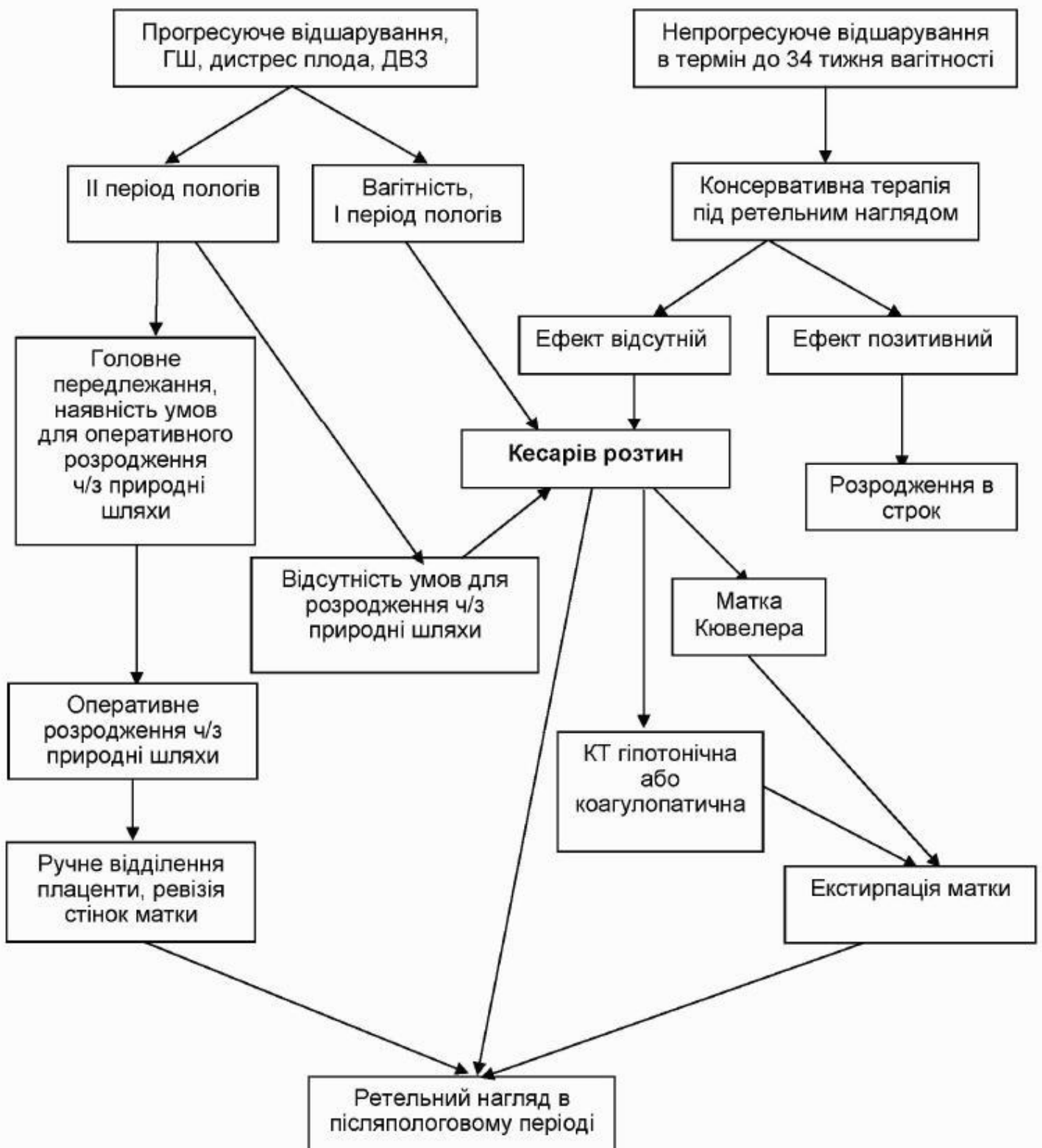
Алгоритм дій лікаря при передлежанні плаценти



Алгоритм надання допомоги в разі допологової кровотечі



Алгоритм дій лікаря при передчасному відшаруванні нормально розташованої плаценти



Алгоритм дій при кровотечі в III періоді пологів

Активна тактика ведення III п.п.

- обривання пуповини;
- складності видалення посліду за 4-5 тракції пуповини з одночасною контракцією матки;
- затримка частин плаценти або оболонки.

Очікувальна тактика ведення III п.п.

- у разі відсутності ознак відокремлення плаценти та відсутності кровотечі протягом 30 хвилин;
- виникнення кровотечі;
- затримка частин плаценти або оболонки.

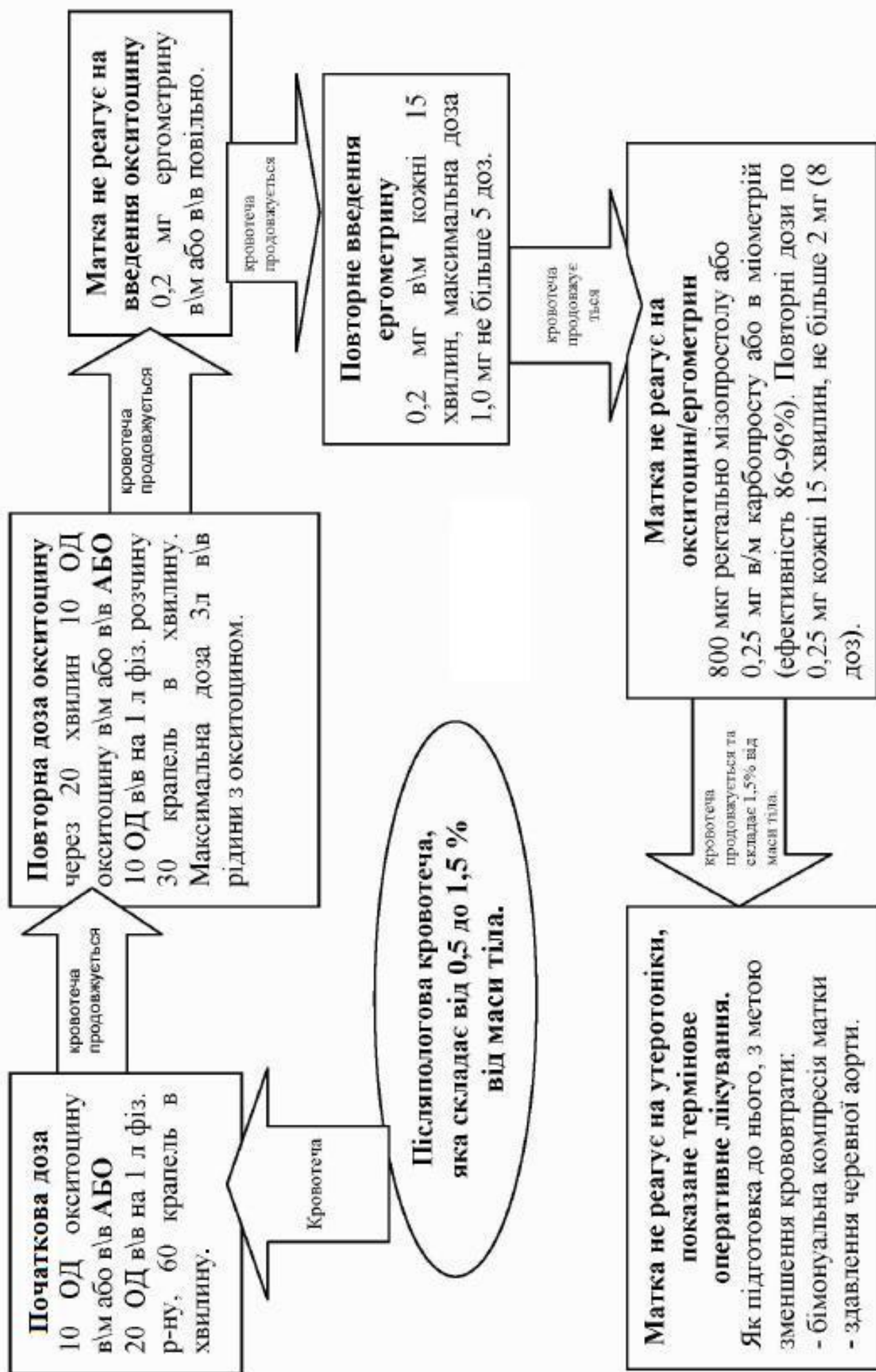
Защемлення посліду
Зовнішній масаж матки
та зовнішні методи видалення посліду.

1. Катетеризація периферичної або центральної вени роділлі для інфузії залежно від величини крововтрати та стану жінки.
2. Випорожнення сечового міхура.
3. Задіяти анестезіолога-реаніматолога для проведення адекватного знеболювання, та контролю гемодинаміки.
4. Контроль гемодинамічних показників жінки (АТ, Рс, ЧСС, гематокрит, гемоглобін і т.д. дивись «геморагічний шок»)
5. **Термінове ручне обстеження порожнини матки під адекватним знеболюванням.**

При справжньому прирощенні плаценти –
лапаротомія, екстирпація матки без додатків

6. Введення 10-20 ОД окситоцину в/м або в/в на 400 мл фізіологічного розчину.
7. Огляд пологових шляхів, при наявності травми – ушивання.
7. У разі продовження кровотечі додатково ввести 800 мкг мізопропросту ректально.
8. Якщо кровотеча продовжується дивись «Кровотечі в післяпологовому періоді» - ст. 36, «Геморагічний шок» - ст. 82.

Схема введення утеротонічних засобів при гіпотонічній матці:



Алгоритм попередження та надання допомоги в разі післяпологової кровотечі

Попередження:
Активне ведення третього періоду пологів
 Окситоцин: 10 Од в/м
 Контрольована тракція за пуповину
 Зовнішній масаж матки
Групи високого ризику: катерізація вени (2-3 період)

Післяпологова кровотеча
 Вагінальні пологи - крововтрата >500 мл
 Кесарів розтин - крововтрата > 1000 мл
 Будь-яка крововтрата в разі гемодінамічної нестабільності

Стан матері може **швидко** погіршитися
 Важливе постійне спостереження
 В разі виникнення важкої кровотечі жінка має отримувати допомогу в центрі, де є можливість переливання крові

Оцінка крововтрати/
Покликати на допомогу/
Підтримка / інформування жінки
АВС реанімація - дихальні шляхи, дихання, циркуляція
 Оцінка стану жінки (свідомість, ЧД, АТ, пульс, колір)
 Кисень /В/в доступ, інфузія - р-н Рінгера до 2 л (ціль - АТ >100/50) / Катетеризація сечового міхура / Підняти ноги / Зігрівання / Аналізи / Компресія аорти / Протишокові штанці (за наявності) / **Замовлення препаратів крові / Гемотрансфузія**

Обстеження з метою **встановлення причин** крововтрати (може бути декілька причин - 4Т: тонус, тканини, травма, тромбін)
 Оцінка стану матки
 Зовнішній масаж матки
 Ручне обслідування порожнини матки

Атонія матки

Затримка плаценти / частин

Виворіт матки

Разриви

Утеротоніки
 Перша лінія
 Окситоцин: 10 Од/500мл рідини в/в крапельно
 Друга лінія (після ручного обстеження порожнини матки)
Ергометрин: 0.2 мг в/в або в/м через 4 години, (max 5 доз - 1мг/добу) або
Мізопростол: 800 мкг ректально / сублінгвально (200 мкг/ таблетка) або
Карбопрост: 0.25 мг в/м або в/маточно через 15 хвилин (max 2кг) або
Карбетоцин: 100 мкг в/в за 1 хв.)

Ручне видалення плаценти / частин
 В разі невдачі - думайте про патологію прикріплення плаценти (перевод в операційну)
 В разі успіху - введення утеротоніків

Діагностика / ушивання
 -Розрив матки - негайна операція
 -Шийки, піхва та промежина - ретельне обстеження в разі зятяжних та оперативних пологів.
 В разі неможливості ушивання - тимчасова тампонада
 -Транексамова кислота (1г) повторити через 30 хв(за потреби)

Коагулопатія

Приліжковий тест
 Лікування причини
 Підтримка перфузії органів, включаючи гемотрансфузію
 Заміщення прокоагулянтів



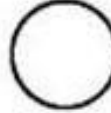










Відновіть положення матки
Не вводите утеротоніки та не спробуйте видалити плаценту до повернення матки в нормальне положення.
 Застосовуйте знеболення (при можливості)
 В разі невдачі - операція

В разі невдачі - в умовах операційної застосуйте послідовно:
 -Внутриматочну балонну тампонаду
 -Транексамову кислоту (1 г) повторити через 30 хв (за потреби)
 -Бімануальна компресія або балонна тампонада або компресія червоної аорти
 -Лапаротомію (компресійні шви, перев'язка маткових та яєчникових судин, гістеректомія, перев'язка a.hypogastrica)







Жінки мають ризик анемії
 Важливо призначити препарати заліза як мінімум на 3 місяця

Визначення груп крові

Оцінка результатів реакції зі стандартними ізогемаглютинуючими сироватками

Наявність аглютинації при реакції зі стандартними ізогемаглютинуючими сироватками наступних груп				Група крові
0(I)	A(II)	B(III)	AB(IV)	
				$0_{\alpha\beta}(I)$
				$A_{\beta}(II)$
				$B_{\alpha}(III)$
				$AB_{\alpha}(IV)$

Оцінка результатів визначення груп крові за допомогою моноклональних антитіл

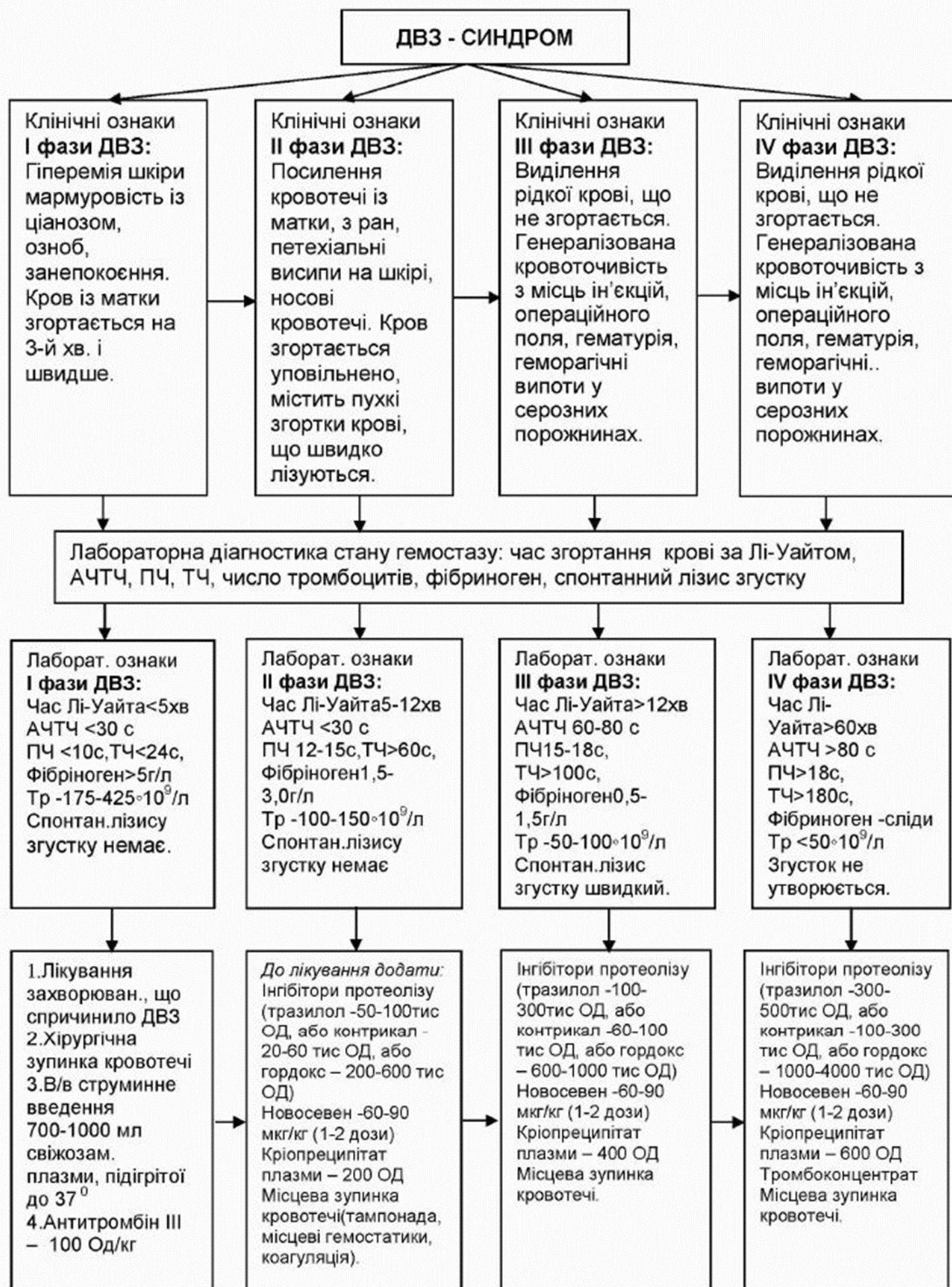
Наявність аглютинації при реакції з цоліклоном		Група крові
анти-А	анти-В	
		$0_{\alpha\beta}(I)$
		$A_{\beta}(II)$
		$B_{\alpha}(III)$
		$AB_{\alpha}(IV)$

СИНДРОМ ДИСЕМІНОВАНОГО ВНУТРІШНЬОСУДИННОГО ЗГОРТАННЯ КРОВІ

Основні клініко-патогенетичні ознаки різних стадій ДВЗ –синдрому

Стадії ДВЗ-синдрому	Клінічні прояви	Характеристика змін коагуляційних властивостей крові
I - гіперкоагуляція	Гіперемія шкірних покривів із ціанозом, мармуровість малюнку, озноб, занепокоєння хворої. Кров із матки згортається на 3-й хв. і швидше.	Активізація калекриїн-кінінової системи, гіперкоагуляція, внутрішньосудинна агрегація клітин крові.
II – гіпокоагуляція без генералізованої активації фібринолізу	Посилення кровотечі із статевих шляхів, з уражених поверхонь, петехіальні висипи на шкірі, носові кровотечі. Кров із матки згортається уповільнено, містить пухкі згортки, що швидко лізуються.	Виснаження гемостатичного потенціалу, споживання VIII, V, XIII факторів, фібриногену, тромбоцитів, активація локального фібринолізу.
III –гіпокоагуляція з генералізованою активацією фібринолізу	Виділення рідкої крові, що не згортається. Генералізована кровоточивість з місць ін'єкцій, операційного поля, гематурія, геморагічні випоти у серозних порожнинах.	Різде виснаження факторів згортання в результаті утворення великої кількості тромбіну. Надходження в кровоток активаторів плазміногену.
IV – повне незгортання крові	Виділення рідкої крові, що не згортається. Генералізована кровоточивість з місць ін'єкцій, операційного поля, гематурія, геморагічні випоти у серозних порожнинах	Гіпокоагуляція крайнього ступеня. Висока фібринолітична та антикоагуляційна активність

Алгоритм лікувальної тактики гострого ДВЗ-синдрому



**Результати лабораторних досліджень системи гемостазу
(в залежності від стадії ДВЗ-синдрому)**

Стадії ДВЗ	Основні лабораторні показники						
	Час згортання крові за Лі-Уайтом, хв.	Спонтанний лізис згустку	АЧТЧ, с	Число тромбоцитів $10^9/l$	Протромбіновий час, с	Тромбіновий час, с	Фібриноген, г/л
I	<5	Немає	<30	175-425	<10	<24	>5
II	5-12	Немає	<30	100-150	12-15	>60	1,5-3,0
III	>12	Швидкий	60-80	50-100	15-18	>100	0,5-1,5
IV	>60	Згусток не утворюється	>80	<50	>18	>180	Не визначається (сліди)
Норма	6-9	Немає	30-40	150-300	11-12	16-20	2,0-4,5

Час згортання крові за Лі-Уайтом. У конічну суху пробірку набирають 1 мл крові (краще, щоб вона витікала із голки самостійно) і визначають час згортання при температурі 37°C.

Активованій час згортання крові, (АЧЗК). У пробірку з 12-16 мг коаліну вносять 2 мл крові. Тест свідчить про гіпер- або гіпокоагуляційні зрушення (в нормі - 2-2,5 хв.).

Активованій частковий тромбіновий час (АЧТЧ) – визначає дефіцит факторів внутрішнього механізму згортання, таких як XII, XI, IX, VIII, а також наявність у крові їх інгібітору (гепарину). У цих випадках спостерігається збільшення АЧТЧ. Скорочення АЧТЧ вказує на гіперкоагуляцію.

Тромбіновий час (ТЧ) – характеризує швидкість переходу фібриногену у фібрин. Збільшення може бути обумовлене гіпо- та дисфібриногенемією, підвищеним вмістом у крові ПДФ або присутністю прямих антикоагулянтів.

Протромбіновий час (ПТЧ) визначає активність або дефіцит факторів протромбінового комплексу (V, VII, X, II) зовнішнього механізму коагуляції. Подовження протромбінового часу при нормальному ТЧ вказує на пригнічення зовнішнього механізму згортання крові, тобто дефіцит V та II факторів.

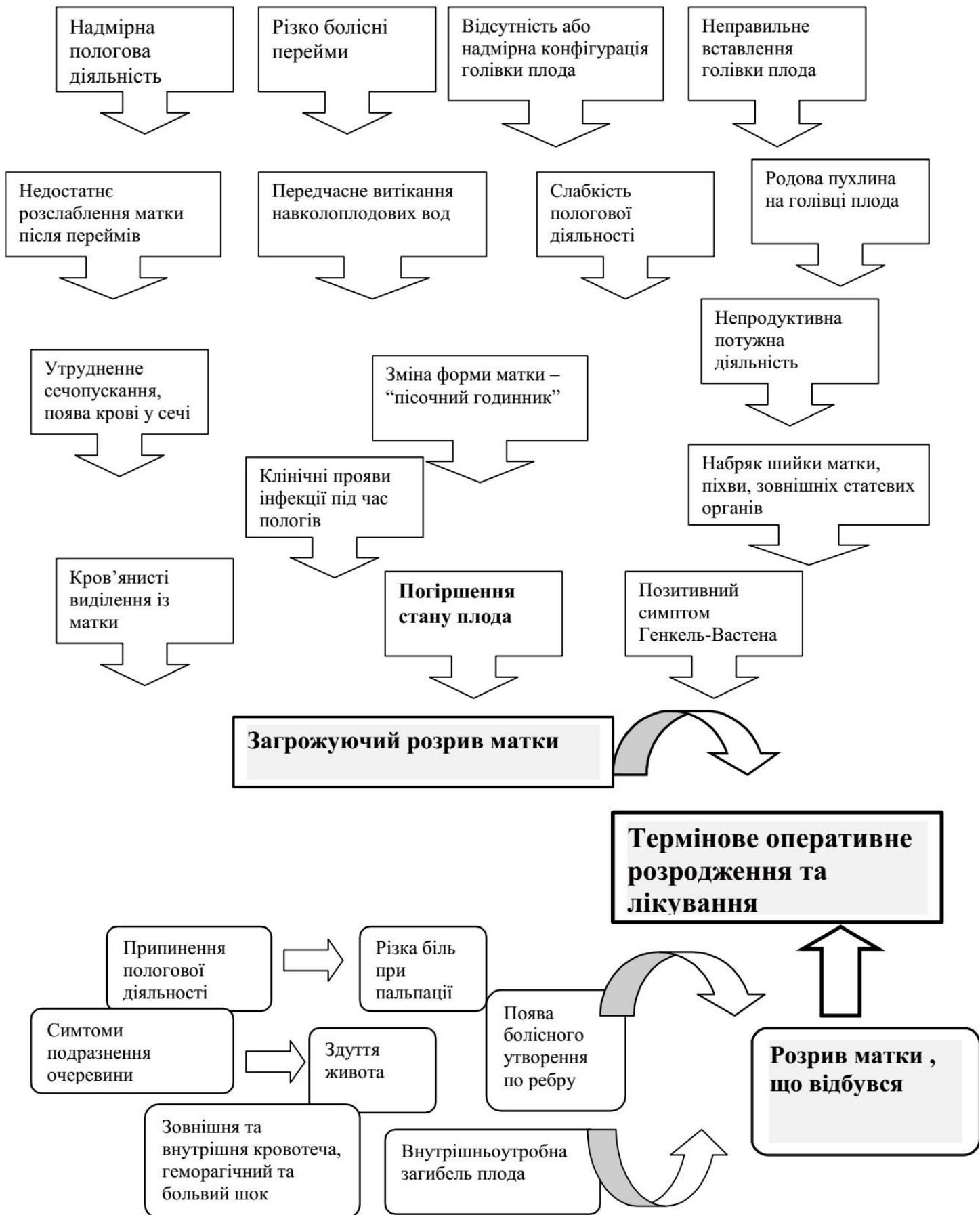
Вміст фібриногену в плазмі знижується при прогресуванні ДВЗ-синдрому, лікуванні фібринолітичними препаратами, або вродженій гіпо- та дисфібриногенемії.

Продукти деградації фібрину (норма – 20 нг/л) зростають при прогресуванні внутрішньосудинного згортання і активації фібринолізу.

Кількість тромбоцитів зменшується при виснаженні тромбоцитарної ланки гемостазу і коагулопатії споживання.

АКУШЕРСЬКИЙ ТРАВМАТИЗМ

Клінічні прояви розриву матки та лікування



ПІСЛЯПОЛОГОВІ СЕПТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Алгоритм діагностики та лікування післяпологового ендометриту

Підозра на післяпологовий ендометрит

Діагностика

1. Клінічні дані: лихоманка, с-м інтоксикації, больовий с-м в гіпогастральній ділянці, патологічні виділення з матки.
2. Дані піхвового дослідження:
 - чутливість матки при пальпації;
 - субінволюція матки;
 - гнійні виділення
3. Лабораторні дані:
 - виражений лейкоцитоз зі зсувом лейкоцитарної формули вліво,
 - можливе визначення збудника при бактеріологічному та бактеріоскопічному дослідженнях, значний лейкоцитоз.
 - аналіз виділень III-IV ст. чистоти.
4. УЗД.

Післяпологовий ендометрит

Консервативне лікування

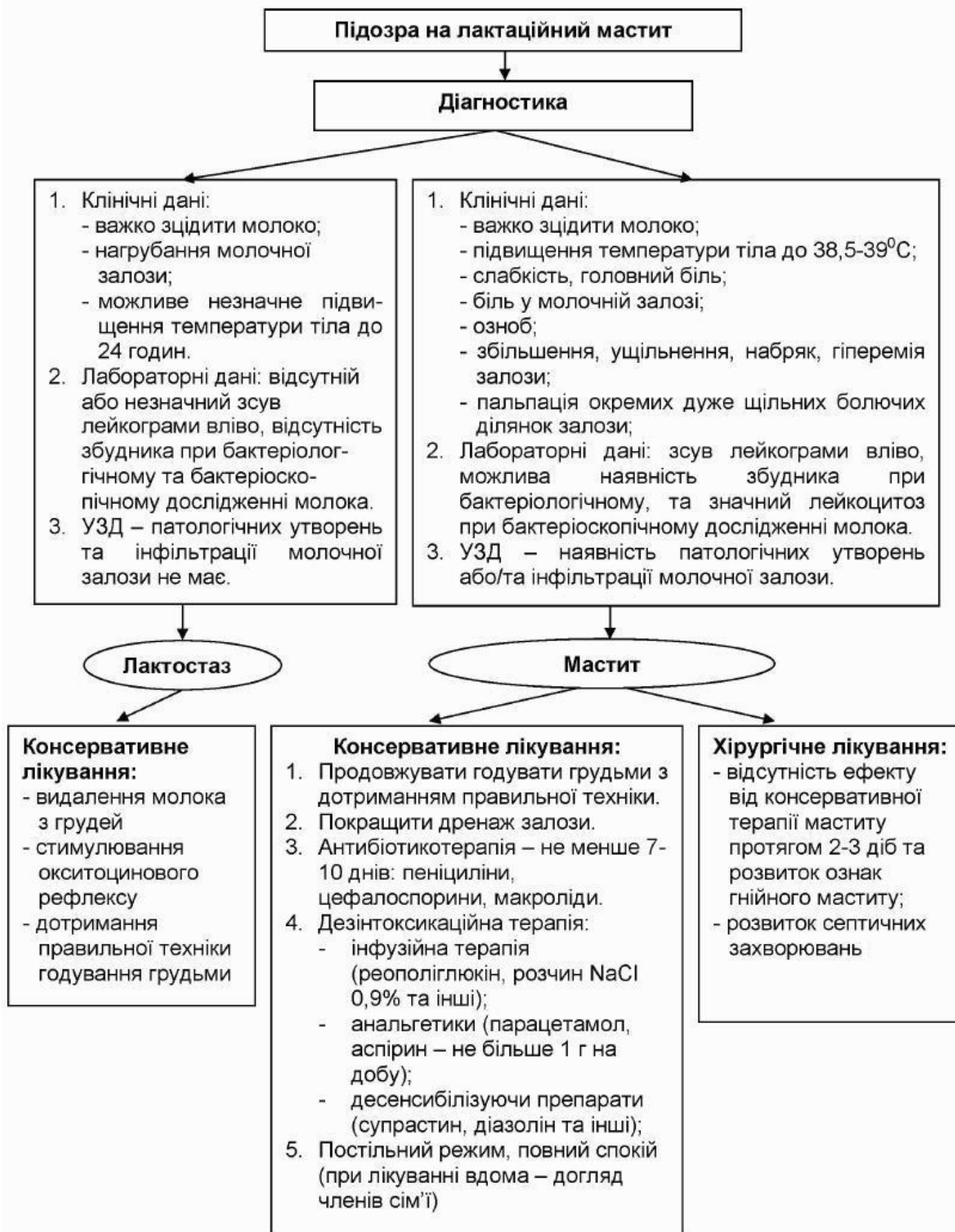
1. Антибіотикотерапія.
2. Дезінтоксикаційна та інфузійна терапія (див. «Післяпологовий перитоніт» - ст. 46; «Септичний шок» - ст. 83).
3. Місцева терапія – проточно-промивне дренирування порожнини матки антисептичними розчинами +4⁰С.

Хірургічне лікування

екстирпація матки з матковими трубами та дренируванням черевної порожнини

1. Неефективність консервативної терапії або/та при наявності негативної динаміки в перші 24-48 годин.
2. Розвиток тяжкого сепсису або/та септичного шоку.
3. Інтенсивна маткова кровотеча, що не піддається іншим методам терапії.

Алгоритм діагностики та лікування лактаційного маститу



Алгоритм діагностики та лікування післяпологового перитоніту

Підозра на післяпологовий перитоніт

Діагностика

1. Клінічні дані: загальний стан середнього ступеня тяжкості або важкий, шкірні покриви бліді, тахікардія, підвищення температури тіла, язик сухий, живіт помірно роздутий, парез кишечника, позитивні ознаки подразнення очеревини та інші;
2. Лабораторні дані: токсико-запальні зміни у периферичній крові та сечі, токсичні зміни печінкового та ниркового комплексів;
3. Апаратні дані:
 - а) УЗД органів черевної порожнини (в'яла або відсутня перистальтика кишечника, наявність вільної рідини - випоту, можлива візуалізація ураженої ділянки, що безпосередньо викликала перитоніт),
 - б) оглядова рентгенограма черевної порожнини (гіперпневматоз, велика кількість чаш «Клойбера», які не мають форми, можливо – вільний газ під куполом діафрагми);
4. Діагностична лапароскопія (у сумнівних випадках).

Післяпологовий перитоніт

Оперативне лікування

1. Провести передопераційну підготовку протягом 2-3 годин спрямовану на усунення больового синдрому, волемічних, білкових та електролітних порушень.
2. Оперативне лікування – ліквідація причини перитоніту - ревізія органів черевної порожнини, екстирпація матки з матковими трубами, санація і дрениванням черевної порожнини.
3. Післяопераційне лікування залежить від розповсюженості та тяжкості перитоніту.

Алгоритм невідкладної допомоги при акушерському сепсисі

КЛІНІКА ТЯЖКОГО СЕПСИСУ

- гектична лихоманка (гіпертермія до 39-40°, озноб змінюється зниженням температури до субнормальної або нормальної);
- артеріальна гіпотензія (систоличний тиск <90 мм рт.ст.);
- тахікардія > 100 уд/хв.;
- тахіпное > 25 дихань/хв.;
- зміна психічного статусу хворої;
- олігурія (діурез < 30 мл/год.);
- гіпоксемія

ЗАХОДИ, ЩО НЕОБХІДНО ВЖИТИ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ СЕПСИСУ

- моніторинг параметрів гемодинаміки: АТ, ЧСС, ЦВТ;
- контроль параметрів дихальної системи (ЧД, газів крові, SpO₂);
- погодинний контроль діурезу;
- вимір ректальної температури мінімум 4 рази на добу для зіставлення з температурою тіла в аксиллярних ділянках;
- посіви сечі, крові та виділень з цервікального каналу;
- визначення кислотно-лужної рівноваги крові та насичення тканин киснем;
- підрахунок кількості тромбоцитів та визначення вмісту фібриногену та мономерів фібрину (розчинний фібрин);
- ЕКГ з метою виявлення ступеня метаболічних порушень або ішемії міокарду;
- УЗД органів черевної порожнини з метою виявлення можливих абсцесів;
- рентгенографічне обстеження органів грудної порожнини з метою підтвердження гострого респіраторного дистрес-синдрому або пневмонії

ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА СЕПСИСУ

- лейкоцитоз > 12·10⁹/л, зсув формули вліво, інколи лейкопенія;
- токсична зернистість нейтрофілів, поява тілець Доле, вакуолізація;
- лімфопенія;
- тромбоцитопенія < 100 · 10⁹/л, яку неможливо пояснити іншими причинами;
- зниження рівня фібриногену, подовження часу згортання крові та часу рекальцифікації плазми, подовження протромбінового часу, поява в судинному руслі підвищених концентрацій розчинних комплексів мономерів фібрину й продуктів деградації фібрину, розвиток мікрогемолізу;
- анемія;
- характерні біохімічні зміни (підвищення рівня лактату, креатиніну, білірубину).

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ СШ

- негайна госпіталізація у відділення інтенсивної терапії.
- Корекція гемодинамічних порушень шляхом проведення адекватної інфузійної терапії, ізотропної, вазопресорної, стероїдної терапії та з постійним моніторингом гемодинаміки.
- Підтримання адекватної вентиляції та газообміну.
- Хірургічна санація вогнища інфекції.
- Нормалізація функції кишківника та раннє ентеральне харчування.
- Своєчасна корекція метаболізму під постійним лабораторним контролем.
- Антибактеріальна терапія під постійним мікробіологічним контролем.
- Антимедіаторна терапія.

Алгоритм діагностики та лікування інфікованого аборт

Підозра на інфікований аборт

Діагностика

1. Клінічні дані: оцінка клінічних ознак, скарг, анамнезу;
2. Дані піхвового дослідження:
 - при пальпації матка м'яка і не стає щільною;
 - розміри матки не відповідають терміну вагітності (аборт, що не відбувся або неповний аборт);
 - шийка матки частіше розкрита (за винятком, щільно закрита при аборті, що не відбувся);
 - виражена чутливість матки при пальпації, зсуві;
 - виділення різної інтенсивності з неприємним запахом, за характером можуть бути кров'янисті, кров'янисто-серозні, кров'янисто-гнійні;
 - виявлення ознак кримінального аборт (травма піхви або шийки матки, сторонні тіла);
 - виявлення ознак порушення правильної техніки виконання аборт.
3. Лабораторні дані: загальний аналіз крові (лейкограма), загальний аналіз сечі, бактеріологічне дослідження, коагулограма, біохімія крові, імунограма, група крові та резус-фактор;
4. УЗД;
5. Діагностична лапароскопія (у разі сумнівних випадків).

Інфікований аборт

Консервативне лікування

1. Оцінка загального стану жінки та величини крововтрати (див. Геморагічний шок - ст. 81).
2. Термінове лабораторне та УЗ обстеження.
3. Катетеризація периферичних (або / і центральних) вен залежно від стану жінки.
4. Катетеризація сечового міхура.
5. Антибактеріальна терапія.
6. Зупинка кровотечі, що складає менше 1,5% від маси тіла, методом *вакуум-аспірації* або *кюретаж* під адекватним знеболюванням у разі:
 - неповного аборт та/або інтенсивної кровотечі, та/або розширення порожнини матки більше 50 мм (УЗД), незалежно від підвищення температури тіла.
 - аборт, що не відбувся до 12 тижнів;
 - аборт, що не відбувся від 12 до 22 тижнів при наявності умов (спонтанне вигнання продукту запліднення або/та достатнє розкриття шийки матки для швидкого вилучення продуктів запліднення та виконання кюретажу).
7. Місцева терапія – проточно-промивне дренування порожнини матки при ендометриті і відсутності елементів плідного яйця в порожнині матки (див. «Післяпологовий ендометрит» - ст. 45).
8. Інфузійна терапія (див. «Геморагічний шок» - ст. 83).
9. Дезінтоксикаційна терапія (див. «Післяпологовий перитоніт» - ст. 47, «Септичний шок» - ст. 84).

Хірургічне лікування

в об'ємі екстирпації матки з матковими трубами та дренуванням черевної порожнини

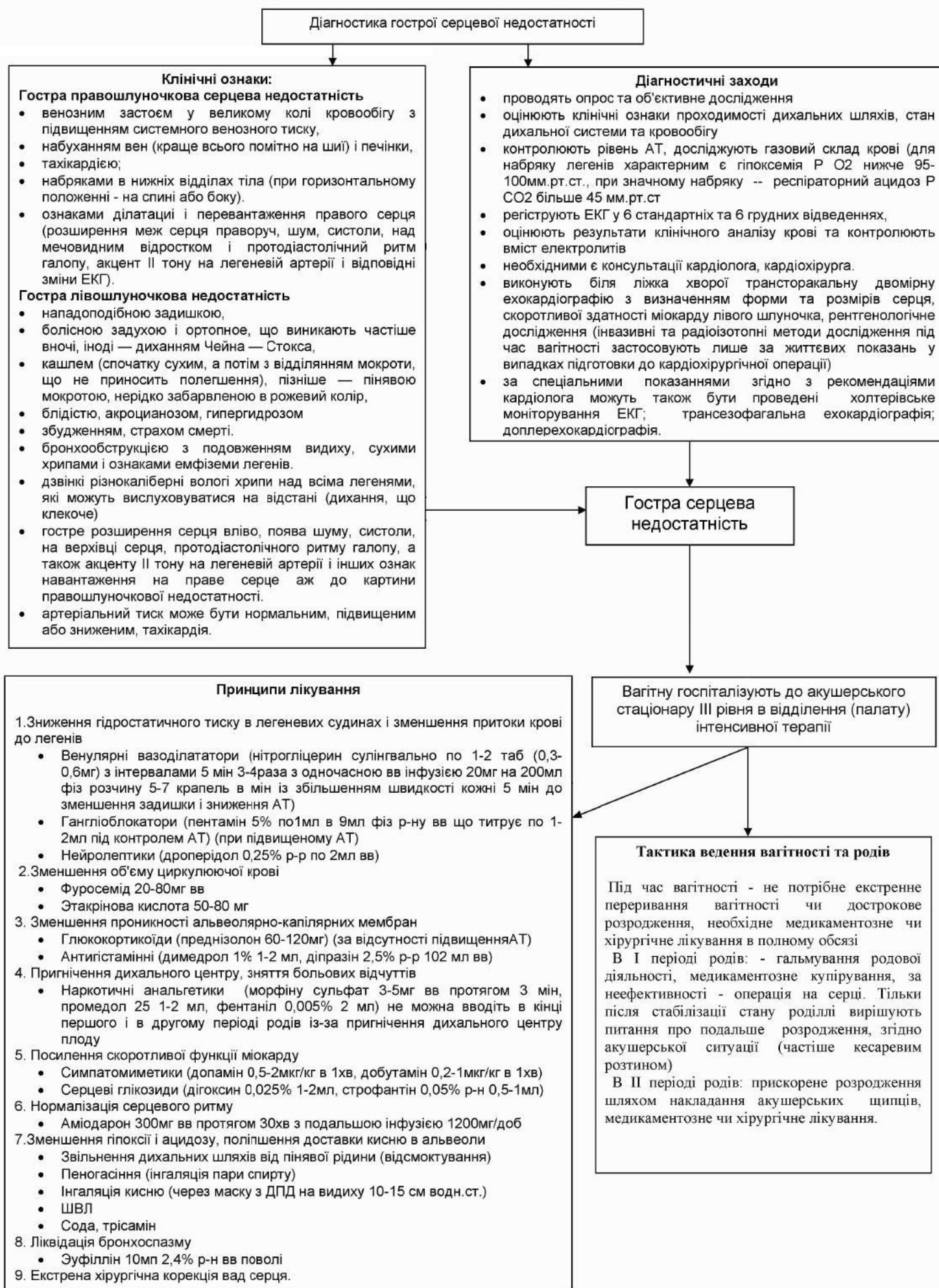
1. У разі септичного аборт (при розвитку тяжкого сепсису або/та септичного шоку).
2. У разі маткової кровотечі, що не піддається іншим методам терапії, або/та продовжується і складає 1,5% та більше від маси тіла.
3. У разі інтенсивної маткової кровотечі і відсутності умов для термінового випорожнення матки через природні шляхи – екстирпація матки з плодом та матковими трубами (аборт, що не відбувся у терміну від 12 до 22 тижнів вагітності).

ЧАСТИНА II

НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ ПРИ ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНІЙ ПАТОЛОГІЇ У ВАГІТНИХ

**НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ
ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ
СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ
У ВАГІТНИХ**

Алгоритм діагностики та лікування гострої серцевої недостатності



Алгоритм діагностики та лікування серцевих аритмій у вагітних



Алгоритм діагностики та лікування гострого інфаркту міокарда

Діагностика гострого інфаркту міокарда

Діагностика гострого інфаркту міокарда із зубцем Q (гострий коронарний синдром із стійкою елевацією сегмента ST на ЕКГ)?

I. Клінічні ознаки:

- Затяжний (більш 20хв) ангіозний біль у спокою, біль починається з наростаючих болів за грудиною, характерна обширна іррадіація болів в руки, спину, живіт, голову і т.д. -Больовий синдром тривалий, не знімається нітрогліцерином.
- Хворі неспокійні, тривожні, іноді відзначають відчуття страху смерті. Часто присутні ознаки серцевої і судинної недостатності - холодні кінцівки, липкий піт і ін.
- Різні розлади ритму серця, збільшення (потім зниження) АТ; збільшення частоти серцевих скорочень; при аускультатії іноді чутний патологічний 4-й тон.

II. ЕКГ ознаки:

- Елевація сегмента ST більш 0,1мВ в стандартних відведеннях та/або більш 0,2мВ в прекардіальних відведеннях
- Поява патологічного зубця Q
- Блокада лівої ножки пучка Гіса, що гостро виникла

III. Лабораторні ознаки:

- Поява біохімічних маркерів некрозу міокарда (підвищення в сироватці крові фракції МВ-КФК ,серцевих тропонинів Т чи І)
- Ознаки резорбційно-некротичного синдрому (лейкоцитоз та підвищення ШОЕ)

Діагностика гострого інфаркту міокарда без зубця Q (гострий коронарний синдром без елевації сегмента ST на ЕКГ)?

I. Клінічні ознаки:

- Затяжний (більш 20хв) ангіозний біль у спокою
- Стенокардія III функціонального класу, що виникла вперше на протязі попередніх 28 діб
- Прогресуюча стенокардія

II. ЕКГ ознаки:

- Горизонтальна депресія сегменту ST та/або «коронарний негативний зубець Т

III. Лабораторні ознаки:

- Підвищення рівня загальної КФК (креатининфосфокинази) більш ніж в 2 рази
- Підвищення рівня МВ-фракції КФК більш ніж в 2 рази
- Підвищення рівня серцевих тропонинів Т та І

Яка тактика надання екстренної допомоги при ГІМ?

Нітрогліцерин у вигляді сублінгвальних таблеток (0,5мг)

Ацетілсаліцилова кислота (325 або 500мг) рекомендовано розжувати

Анагетичні препарати: трамадол (50-100мг), морфіна гідрохлорид (1% 1 мл), або нейролептаналгезія – фентаніл(0,005% 2 мл) та дроперідол (0,25% 1-4мл)

Гепарин (5000 ЕД вв), або низькомолекулярні гепарини – клексан, еноксапарин, надропарин (500 ОД вв болюсно, потім постійна інфузія 15ЕД/кг/год під контролем параметрів згортання крові)

Негайна госпіталізація до кардіоакушерського, або кардіологічного стаціонару з динамічним спостереженням акушера-гінеколога

Які особливості діагностики ГІМ у вагітних та породіль?

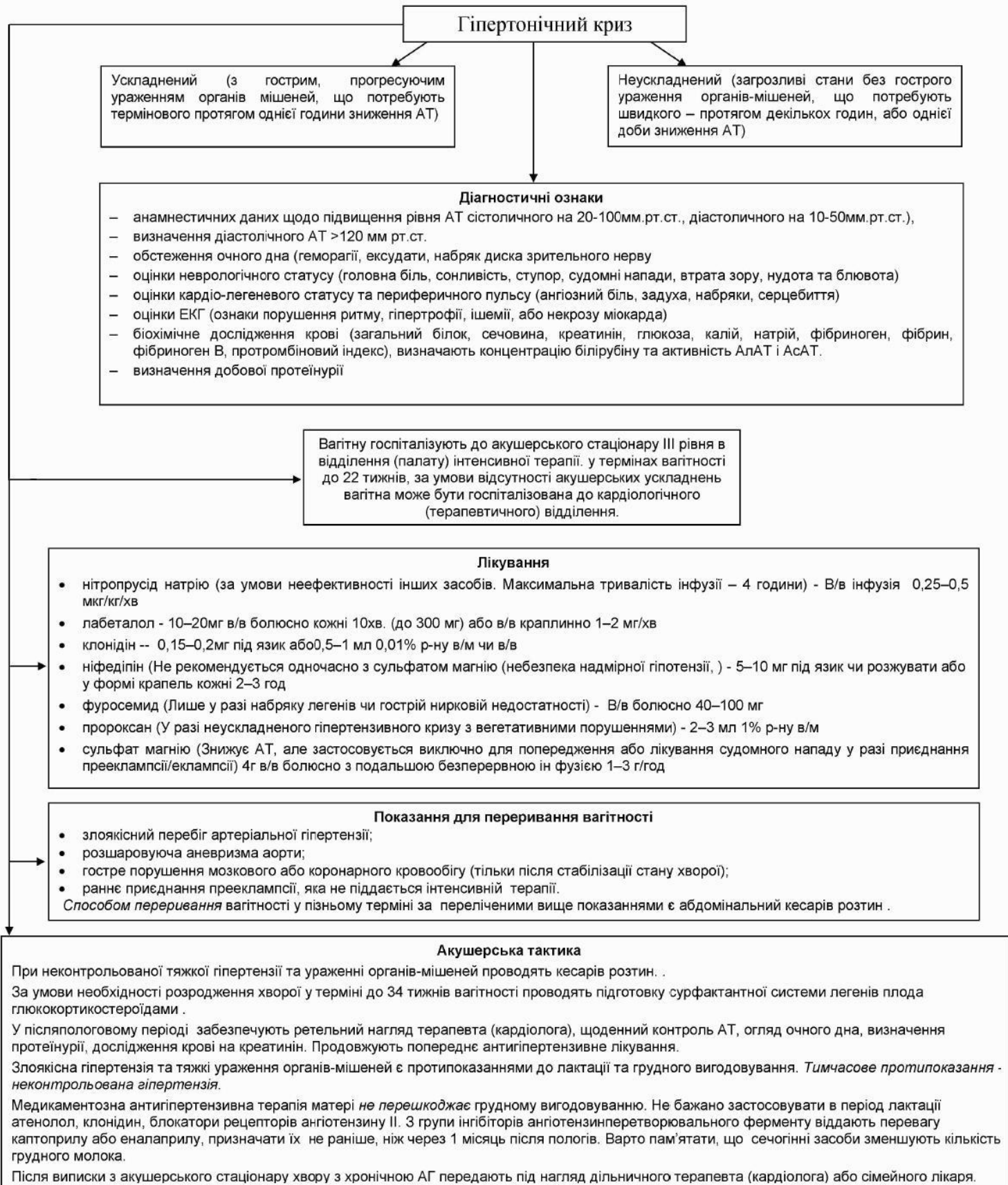
Діагностика ГІМ у вагітних ґрунтується на клінічній картині (хоча локалізація і характер болів нерідко атипові), змінах ЕКГ, ЕХОКГ, визначенні ферментів (міоглобін, МВ-фракція креатинфосфокиназа, тропонін). Лейкоцитоз, збільшення ШОЕ для вагітних не є актуальним в діагностиці ГІМ, бо може супроводжувати нормальну вагітність.

Тактика ведення вагітності та родів

Якщо ГІМ відбувся в 1 триместрі і протікав без ускладнень, то можливо виношування вагітності і роди з виключенням другого періоду.

При виникненні ГІМ в пізні терміни, особливо в 3 триместрі і в родах є серйозна загроза для життя матері. Переривати вагітність при ГІМ і найближчими місяцями після нього не рекомендується, або це питання вирішується згідно акушерської ситуації. Ведення вагітності консервативне, родорозршення - з виключенням другого періоду під захистом відповідної терапії. Лікування жінок із стенокардією і ГІМ і їх ускладнень у принципі відповідає загальноприйнятим стандартам.

Алгоритм діагностики та лікування гіпертонічного кризу



ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ ДИХАННЯ ТА ВАГІТНІСТЬ

Емпірична антибіотикотерапія негоспітальної пневмонії у вагітних

Група хворих	Умови лікування	Антибіотик першого вибору	Антибіотик другого вибору
I	Амбулаторно	Макролід або амоксицилін усередину	1. Амоксицилін за неефективності макроліду 2. Макролід за неефективності амоксициліну
II	Стаціонарно: до 22 тиж. – терапевтичне (пульмонологічне) відділення, після 22 тиж. – відділення екстрагенітальної патології вагітних або спеціалізований інфекційний пологовий будинок	Цефалоспорин II–III генерації внутрішньом'язово + макролід усередину або Захищений амінопеніцилін* внутрішньом'язово чи внутрішньовенно + макролід усередину	Карбапенем внутрішньовенно
III	Стаціонарно у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії: до 22 тиж. – багатопрофільної лікарні, після 22 тиж. – пологового будинку III рівня акредитації	Цефалоспорин III–IV генерації внутрішньовенно + макролід внутрішньовенно За підозри на <i>P. aeruginosa</i> **: цефалоспорин з антипсевдомонадною активністю*** внутрішньовенно + аміноглікозид внутрішньовенно	Карбапенем внутрішньовенно + макролід внутрішньовенно Карбапенем внутрішньовенно + аміноглікозид внутрішньовенно

* Амінопеніциліни, захищені інгібітором β -лактамаз – амоксицилін/клавуланова кислота, ампіцилін/сульбактам

** Чинники ризику псевдомонадної етіології пневмонії: бронхоектази; муковісцидоз; тривале лікування глюкокортикоїдами (преднізолон ≥ 10 мг/доб., еквівалентні дози інших глюкокортикоїдів); терапія антибіотиками широкого спектра дії більше 7 днів упродовж останнього місяця; виснаження

*** Цефалоспорины з особливою антипсевдомонадною активністю – цефтазидим, цефоперазон, цефепім

Емпірична антибіотикотерапія госпітальної пневмонії у вагітних

Характеристика пневмонії	Антибіотик першого вибору	Антибіотик другого вибору
«Рання» нетяжкого перебігу	Цефтріаксон або захищений амінопеніцилін	Інший цефалоспорин III–IV генерації + аміноглікозид або азтреонам + кліндаміцин або карбапенем
«Пізня» нетяжкого перебігу	Цефепім чи цефтазидим або цефоперазон/сульбактам або піперацилін/тазобактам За підозри на метицилінрезистентний <i>S. aureus</i> *: один з вищеперелічених варіантів + ванкоміцин	Цефалоспорин IV генерації + аміноглікозид ± рифампіцин Карбапенем + ванкоміцин
Тяжкий перебіг	Цефоперазон/сульбактам чи цефепім + аміноглікозид	Карбапенем + амікацин

* Висока частота нозокоміальних інфекцій у даному стаціонар

ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ СЕЧОВИДІЛЕННЯ ТА ВАГІТНІСТЬ

Алгоритм невідкладної допомоги при гострому пієлонефриті

ОСНОВНІ КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ГП

- підвищення температури тіла до 38-40° С, лихоманка;
- біль в попереку, що посилюється під час дихання, віддає по ходу сечоводів, в здухвинну ділянку, стегно, статеві органи;
- посилення болю при положенні пацієнтки на спині або на боці, протилежному ураженій нирці;
- при приєднанні циститу з'являється болоче сечовипускання;
- позитивний симптом Пастернацького на стороні ураження.

ДІАГНОСТИКА

В крові:

- лейкоцитоз вище $11 \cdot 10^9/\text{л}$, нейтрофільний зсув лейкоформули вліво, підвищення ШОЕ, можлива гіпохромна анемія;
- гіпопротеїнемія, диспротеїнемія за рахунок підвищення глобулінів;
- підвищення рівня креатинину, білірубину, АЛТ та АСТ (у разі розвитку гнійно-деструктивних форм).

В сечі:

- піурія ($\geq 1 \cdot 10^4/\text{мл}$ не центрифугованої сечі), протеїнурія менше 1 г/л, мікрогематурія;
- бактеріурія ($\text{КУО} \geq 1 \cdot 10^4/\text{мл}$).

В сечі за Нечипоренком: кількість лейкоцитів $> 4 \cdot 10^9/\text{мл}$.

При УЗД:

- збільшення розмірів нирки, зниження ехогеності паренхіми, вогнища зниженої ехогеності овально-округлої форми, зниження рухливості;
- у разі деструктивних форм пієлонефриту: - потовщення паренхіми з вогнищевим послабленням або ущільненням ехосигналу без чітких меж, нерівність контурів.

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ГП У ВАГІТНИХ

- Відновлення пасажу сечі;
- Антибактеріальна терапія: антибіотики;
- Дезінтоксикаційна та інфузійна терапія.
- Дієта №7а, рідини внутрішньо до 2,5 л
- Симптоматична терапія.

Ефект позитивний

Вагітність пролонгують, клініко-лабораторний контроль сечі

Ефект відсутній

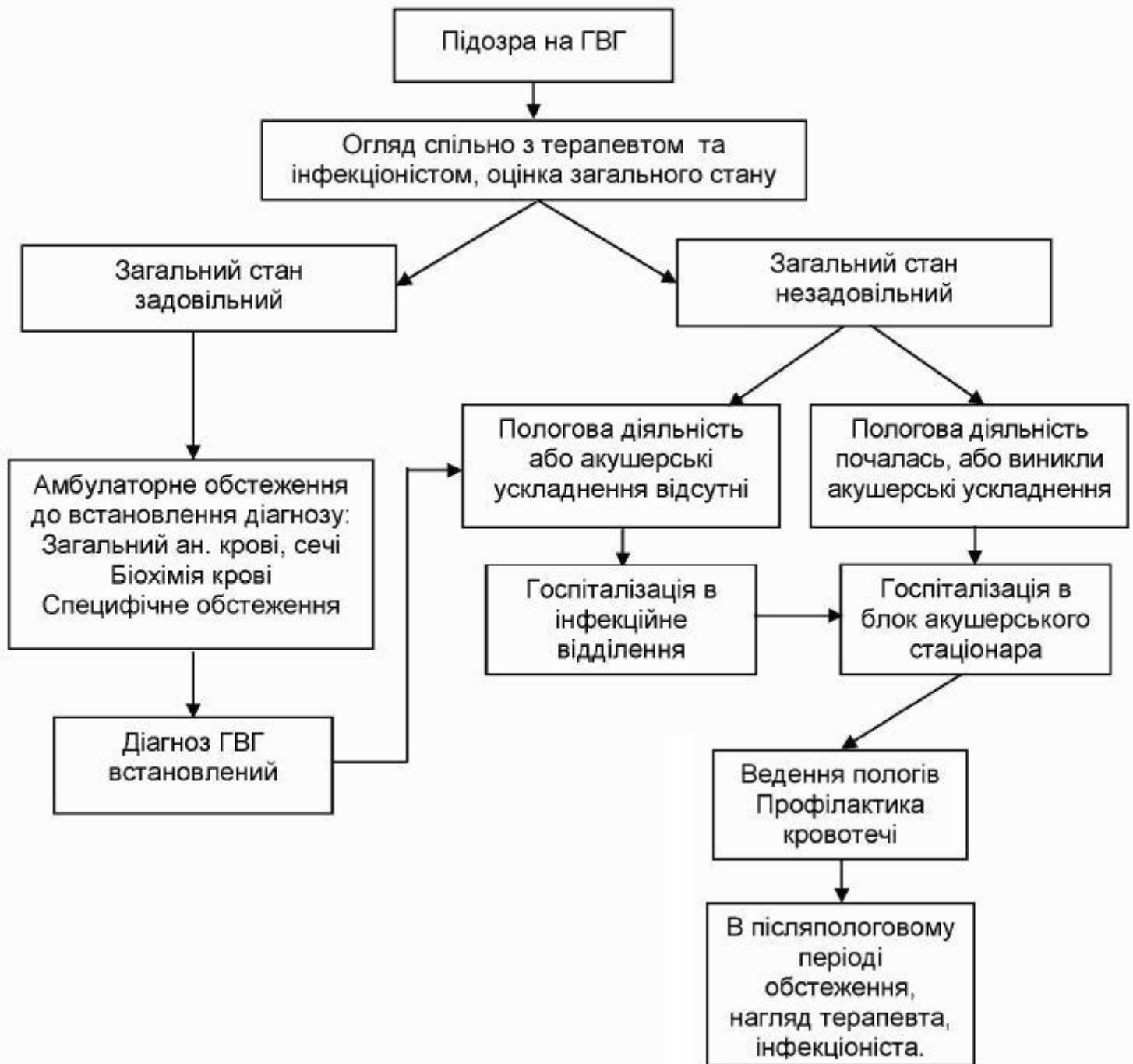
Показана операція: нефротомія, декапсуляція нирки, дренивання за очеревинного простору, нефректомія

Алгоритм дій при гострій нирковій недостатності

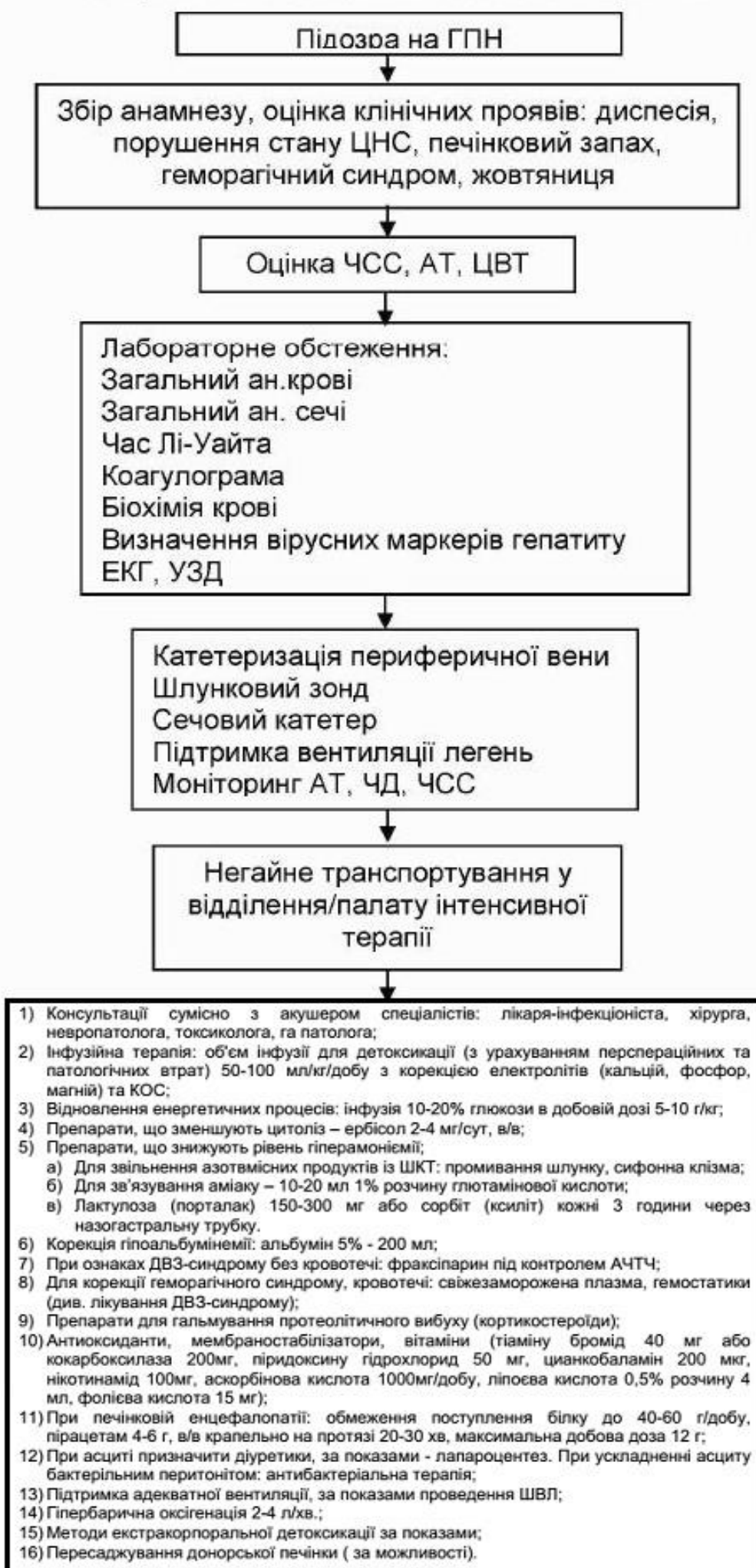


ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ ТА ВАГІТНІСТЬ

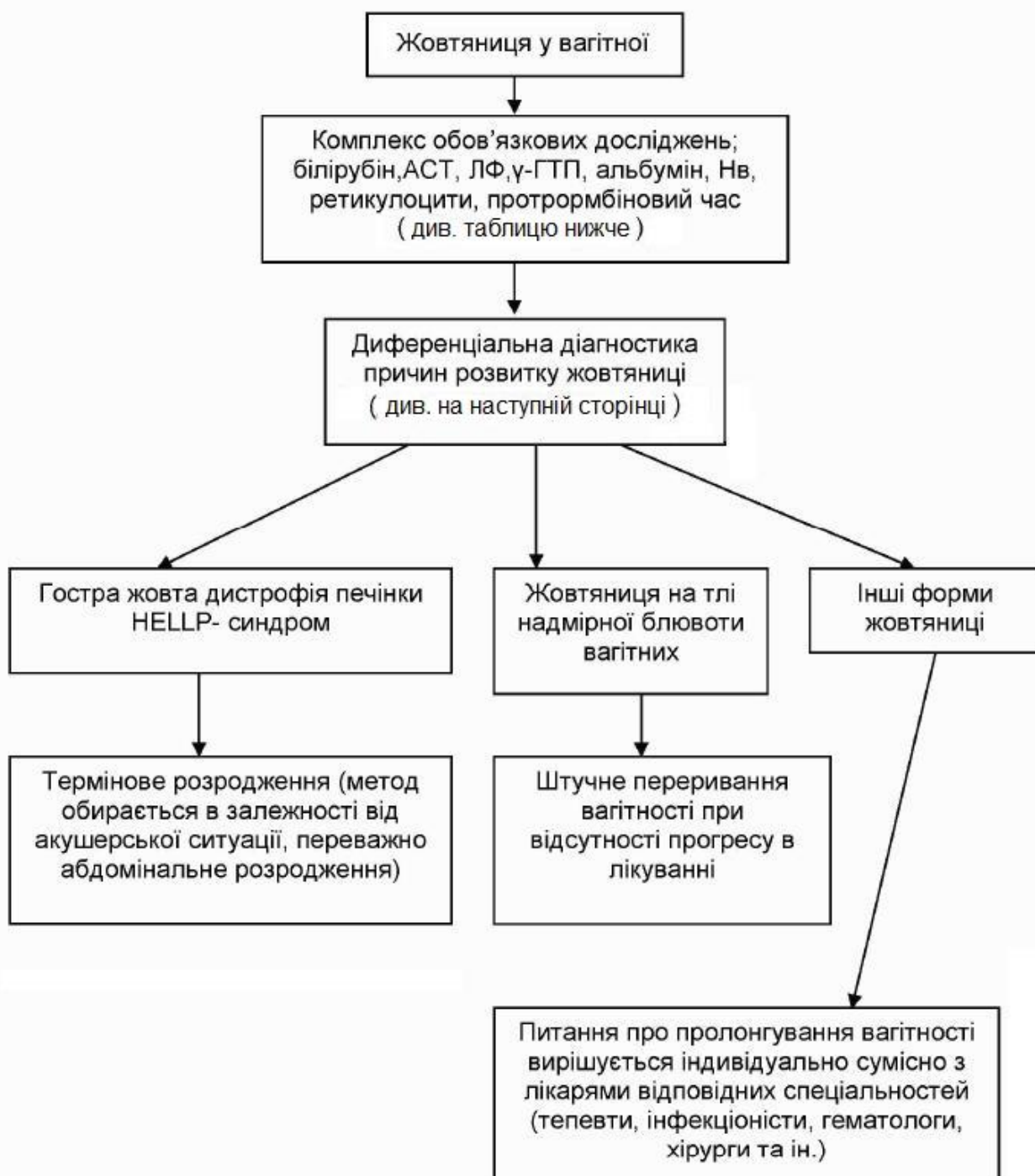
Алгоритм надання невідкладної допомоги при підозрі на ГВГ



Алгоритм невідкладної допомоги при ГПН



Алгоритм надання акушерської допомоги при синдромі жовтяниці у вагітних



Обсяг обов'язкових досліджень у вагітних з жовтяницею

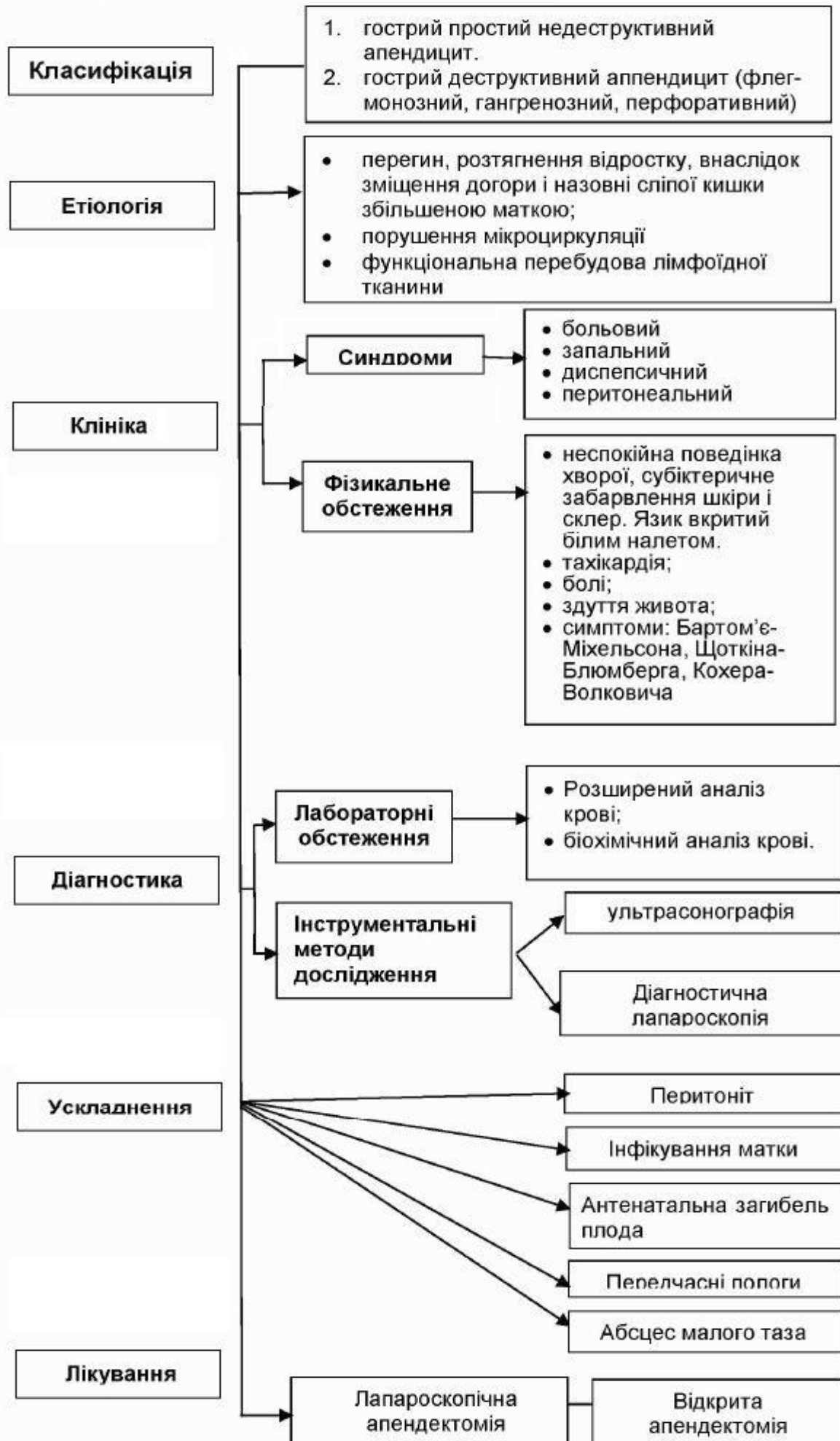
Показник	Норма	Надпечінкова жовтяниця	Печінкова жовтяниця	Підпечінкова жовтяниця
Білірубін (ммоль/л)	3-17	50-150	50-250	100-500
АСТ (ОД)	< 35	< 35	300-3000	35-400
Лужна фосфатаза (ОД)	<250	<250	250-700	>500
γ-Глутамил-транспептидаза (ОД)	15-40	15-40	15-200	80-600
Альбумін (г/л)	40-50	40-50	20-50	40-50
Гемоглобін (г/л)	120-160	<100	120-160	100-160
Ретикулоцити (%)	< 1	10-30	<1	<1
Протромбіновий час (сек.)	13-15	13-15	15-45	15-45

Диференціальна діагностика загрозливих жовтяниць у вагітних

Диференціально-діагностичні ознаки	Гостра жирова дистрофія печінки вагітних	HELLP-синдром	Жовтяниця на тлі надмірної блювоти вагітних	Гострий вірусний гепатит (важка форма)
Триместр розвитку	II - III	III	I	будь-який
Симптоми, що передують розвитку жовтяниці	Печія, блювота, абдомінальний біль	Симптоми преєклампсії	Багатоденна надмірна блювота	Диспепсія, лихоманка, артралгія, кропивниця
Шкіряне свербіння	відсутнє	відсутнє	відсутнє	відсутнє
Больовий абдомінальний синдром	присутній	присутній	відсутній	відсутній
Лихоманка	присутня	відсутня	відсутня	в продромальному періоді
Розміри печінки	зменшені	не змінені	не змінені	збільшені
Розміри селезінки	не змінені	не змінені	не змінені	збільшені в 20%
Анемія	відсутня	може бути	може бути	відсутня
Лейкоцитоз	до $20-30 \cdot 10^9/\text{л}$	відсутній	відсутній	відсутній, характерний лимфоцитоз
Згортальна система крові	ДВЗ-синдром в 75%	тромбоцитопенія, ДВЗ-синдром	показники не змінені	гіпокоагуляція, ДВЗ-синдром можливий
Гіпербілірубінемія	переважно пряма, помірна	переважно непряма	пряма і непряма	пряма
Показники холестазу (ЛФ, γ -ГТ)	не змінені	не змінені	не змінені	можуть бути збільшені
Показники цитолізу (АЛТ, АСТ)	підвищення < 300 ОД	підвищення < 500 ОД	підвищення < 200 ОД	підвищення > 500 ОД
Додаткові лабораторні показники	важка гіпоглікемія, високий рівень сечової кислоти	-	Ацетон в сечі	-
Сивороткові маркери вірусів	відсутні	відсутні	відсутні	присутні
УЗД печінки	зменшення печінки	можливі підкапсулярні гематоми	нема змін	переважно нема змін

ГОСТРА ХІРУРГІЧНА ПАТОЛОГІЯ ТА ВАГІТНІСТЬ

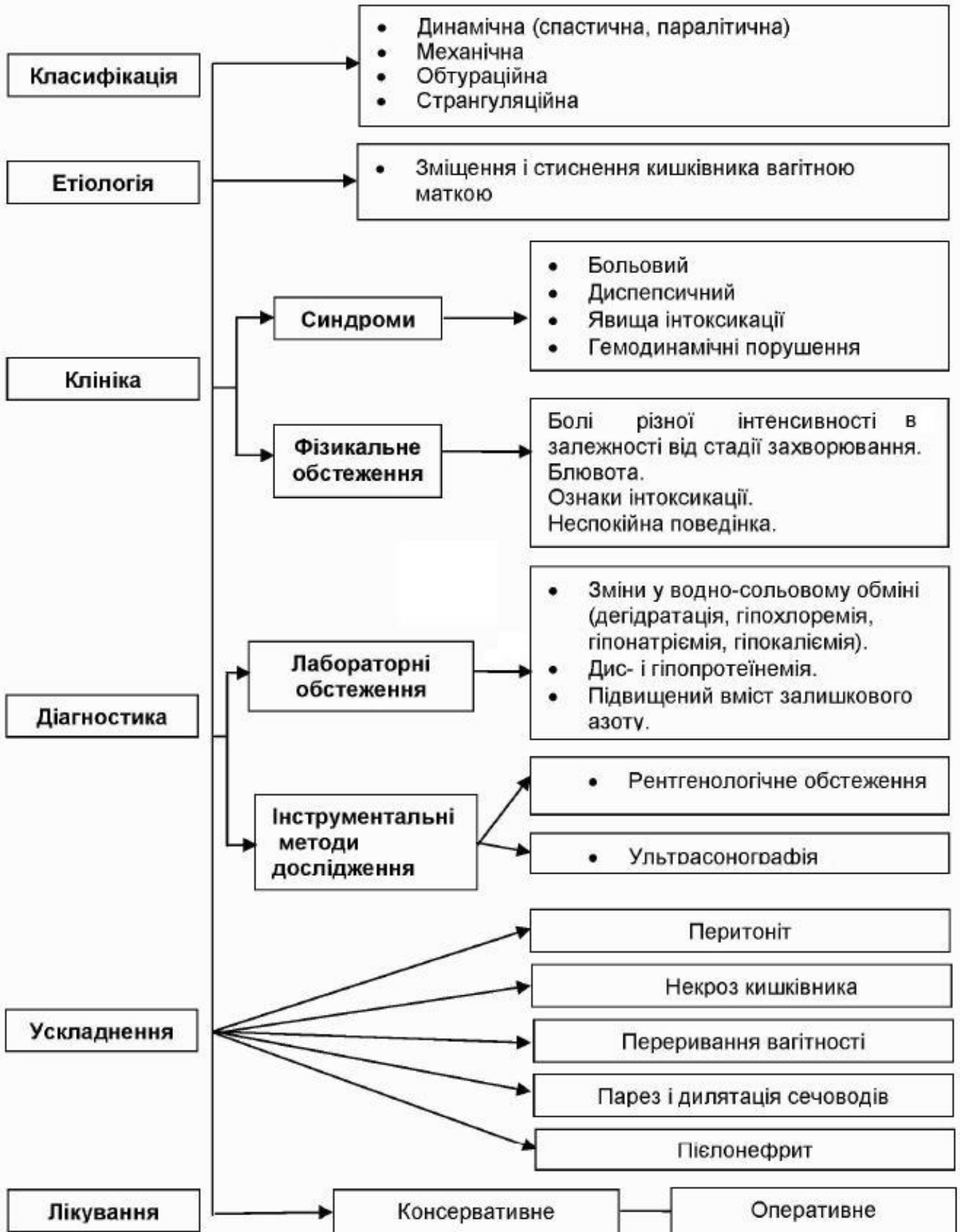
Гострий апендицит і вагітність



Гострий холецистит і вагітність



Гостра непрохідність кишківника і вагітність



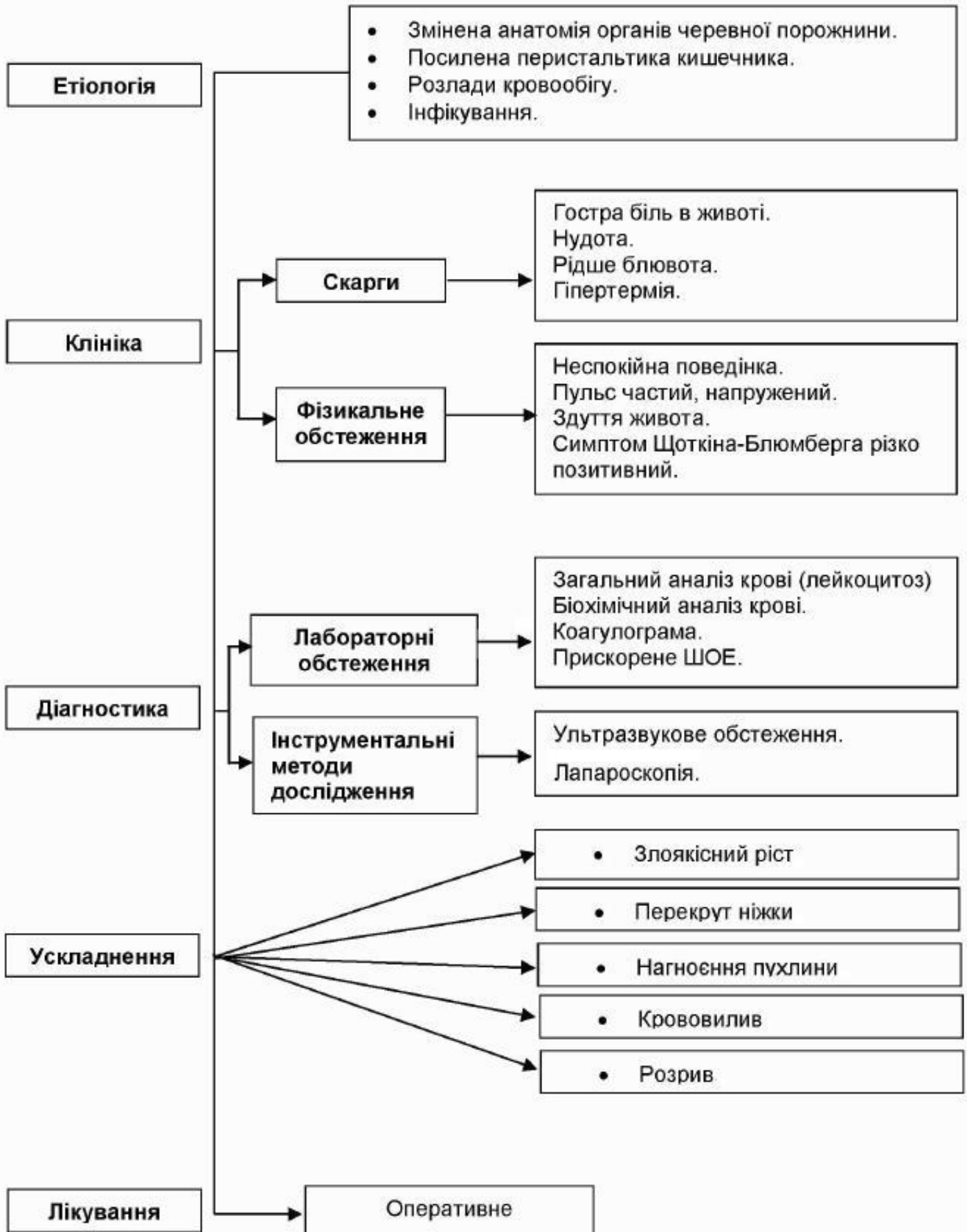
Гострий панкреатит і вагітність



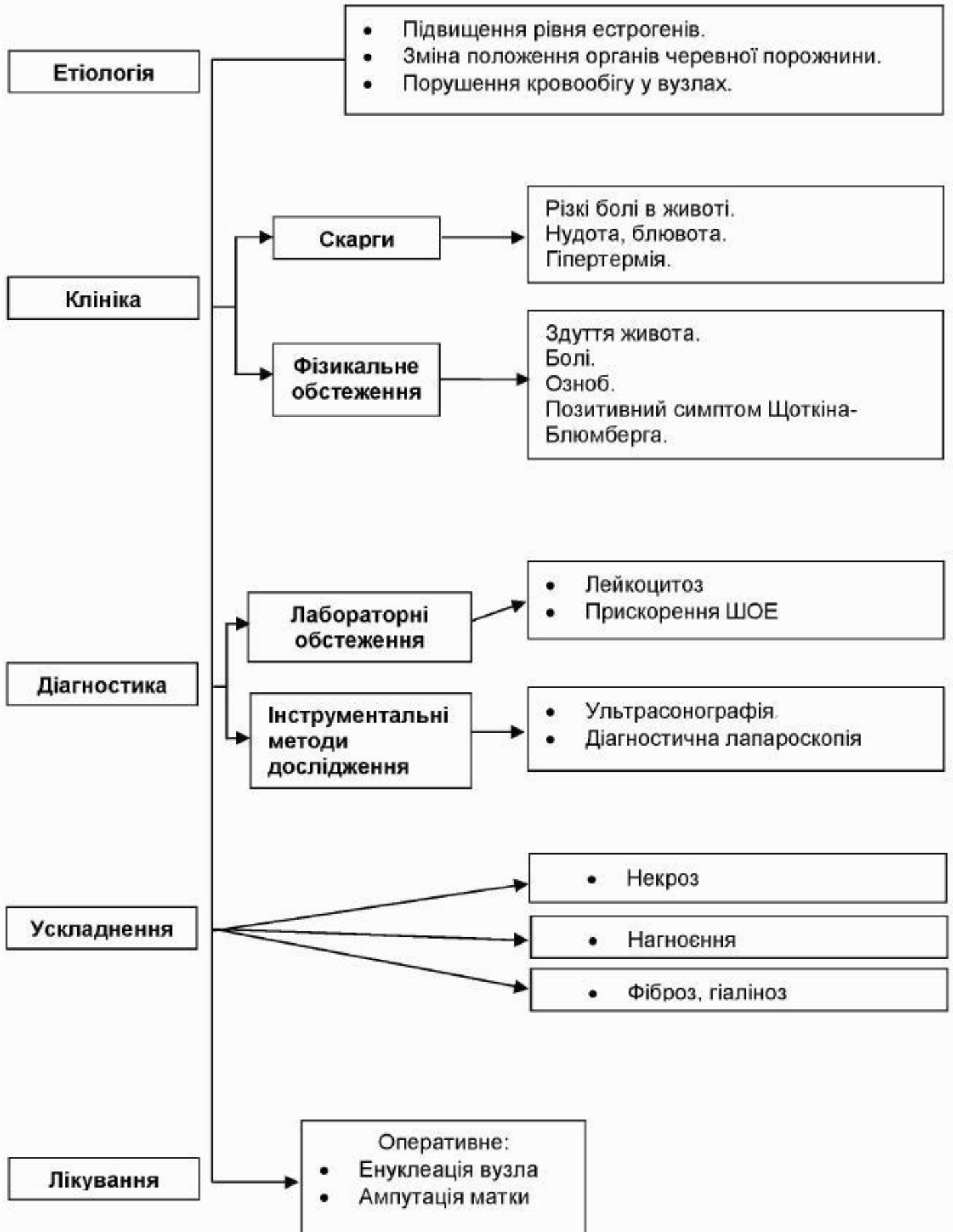
Гостра проривна виразка шлунку та 12-палої кишки та вагітність



Ускладнені пухлини яєчників і вагітність

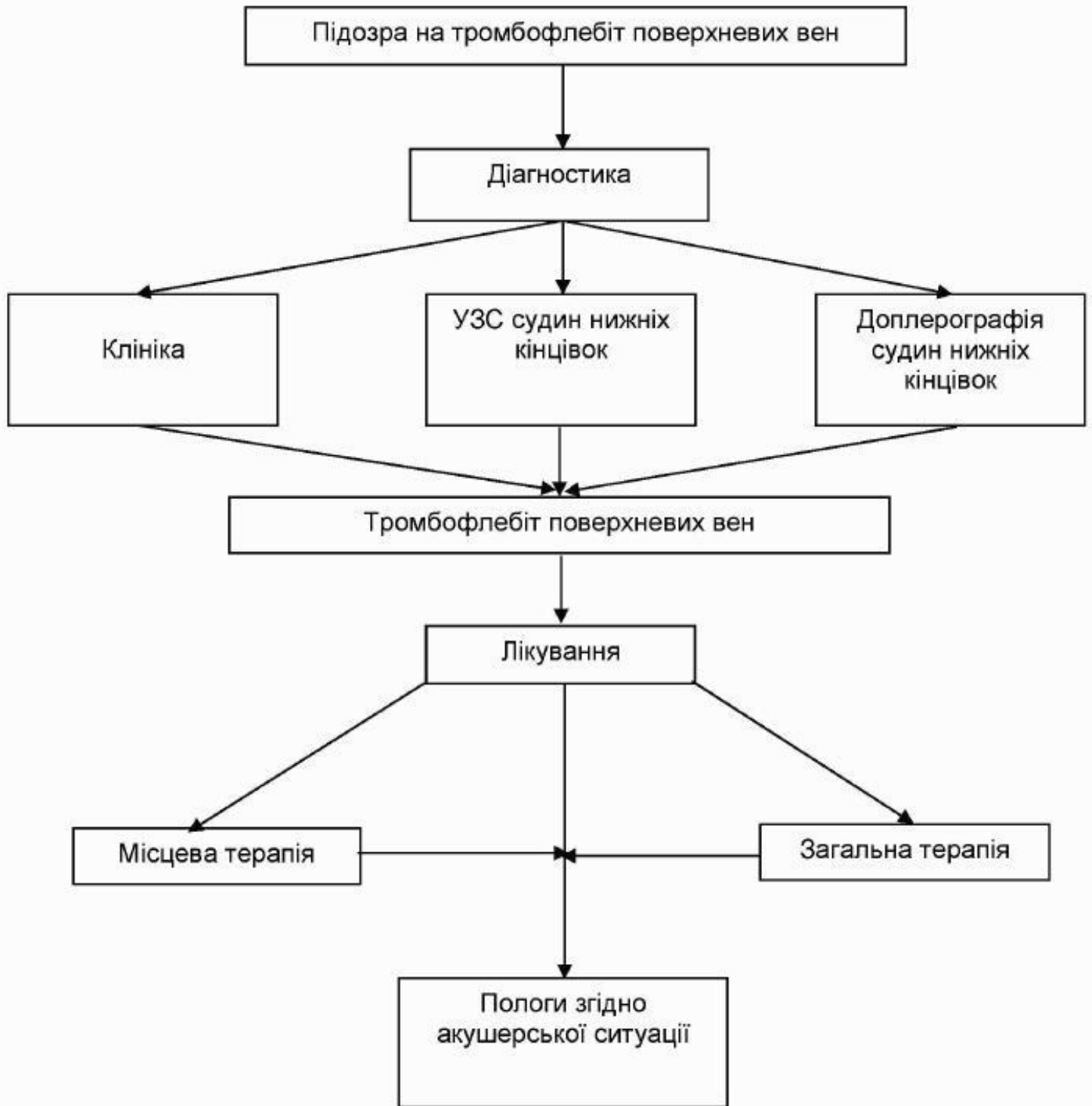


Некроз фіброматозного вузла і вагітність

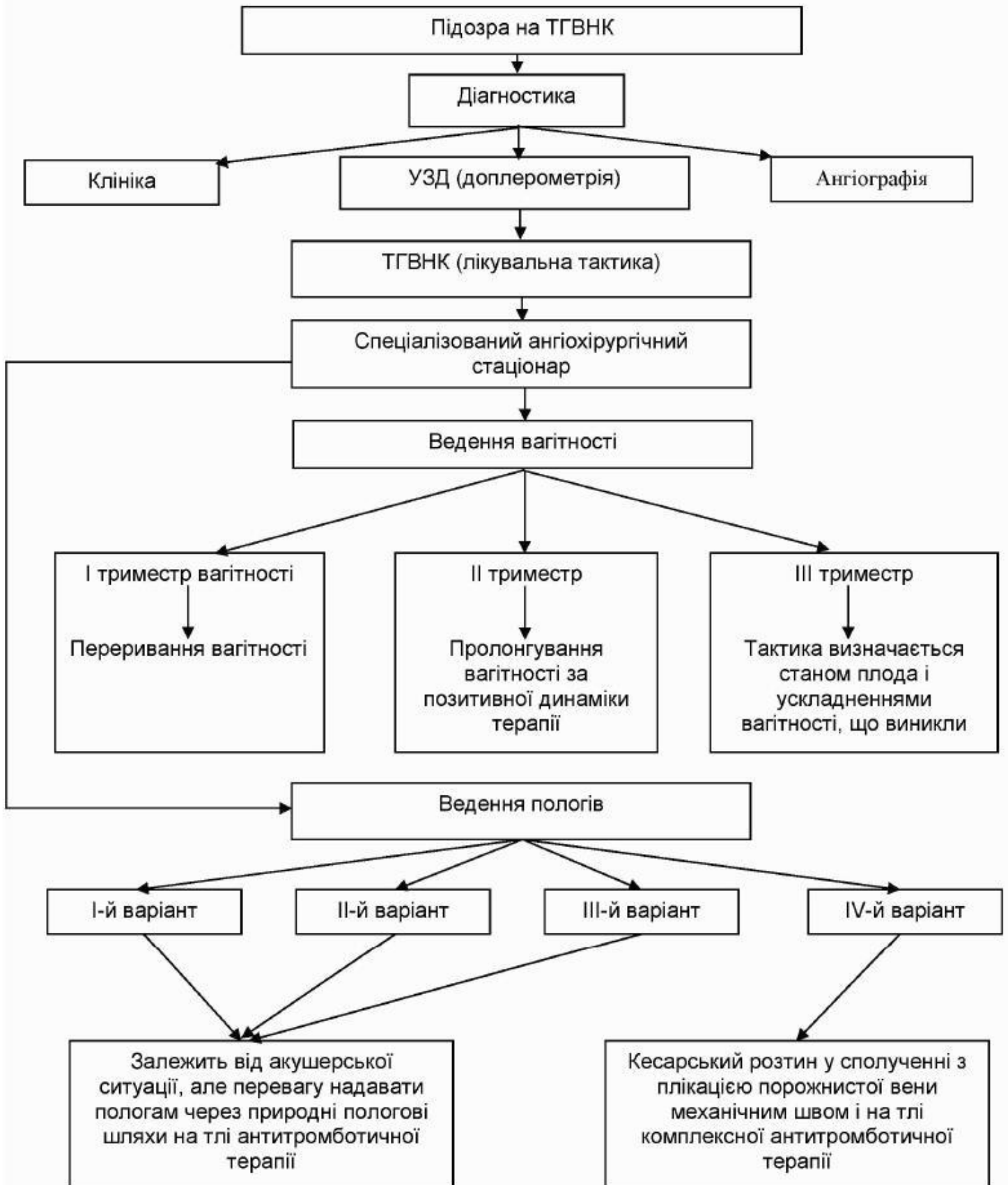


ТРОМБОЗИ ТА ЕМБОЛІЇ В АКУШЕРСТВІ

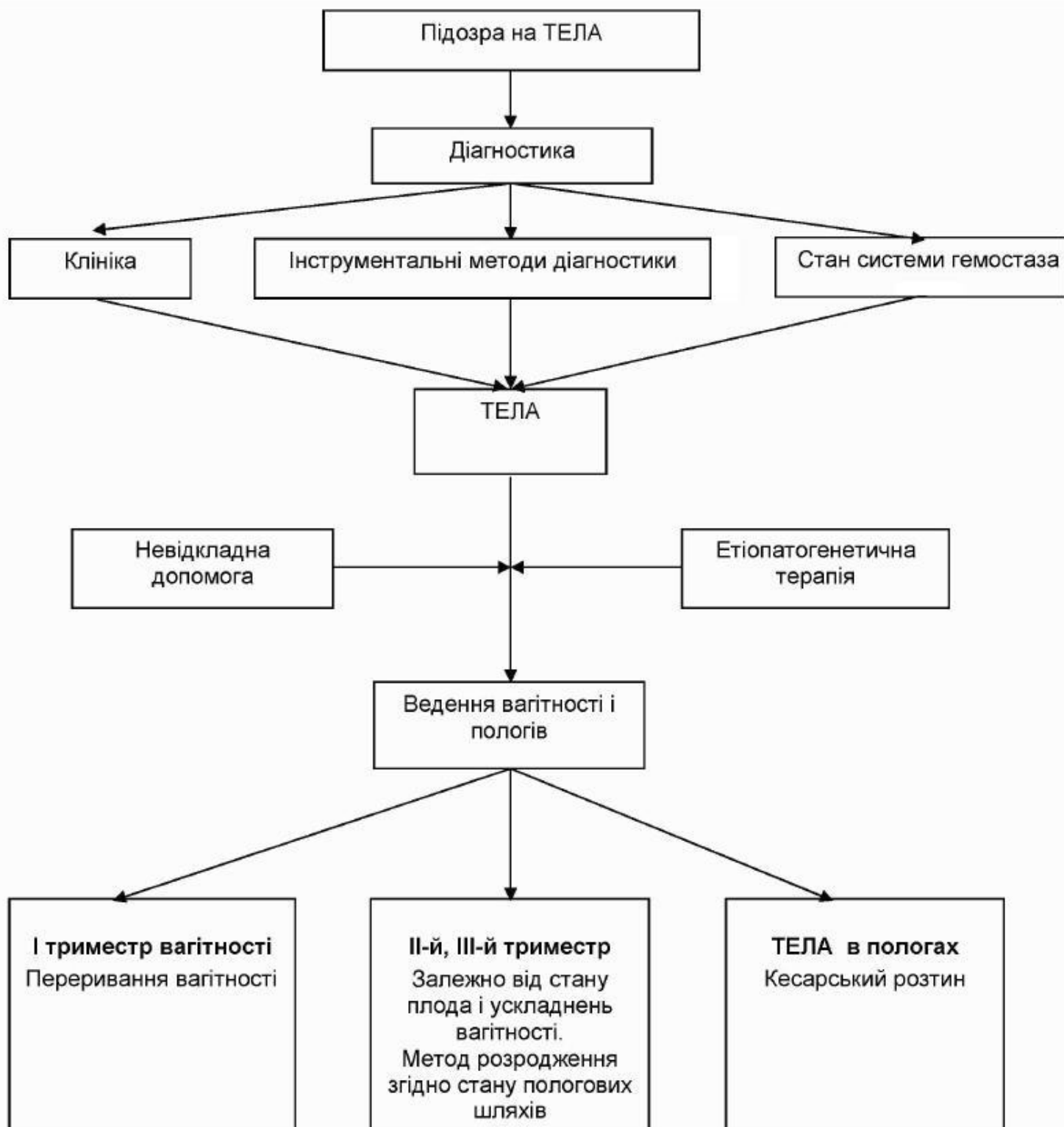
Алгоритм діагностики та лікування тромбофлебіту поверхневих вен



Алгоритм діагностики та лікування ТГВНК



Алгоритм діагностики та лікування ТЕЛА під час вагітності



Алгоритм діагностики та лікування ЕАР

Діагностика

Скарги:

- Озноб
- Задишка
- Пітливість
- Кашель
- блювання
- Біль за грудиною

Огляд:

- Ціаноз
- набряк шийних вен
- Збудження
- Холодний піт
- Судоми
- Втрата свідомості
- Кома

Обстеження:

- Поверхнєве дихання
- Тахікардія (120-140 уд/хв.)
- Слабкий пульс
- Різке падіння тиску
- Гіпокоагуляція
- Підвищення ШОЕ
- Гіпотонія, атонія матки
- Коагулопатична кровотеча (через 30 хв і більше)

Акушерська тактика

Невідкладна допомога:

1. ШВЛ
2. Катетеризація 2-3 вен
3. Катетеризація сечового міхура
4. Виклик резервних донорів
5. Розгортання операційної

Лікувальна тактика:

1. ШВЛ не менше 3-4 годин
2. Термінове розродження незалежно від акушерської ситуації
3. Екстирпація матки, перев'язування внутрішніх клубових артерій за наявності кровотечі
4. ІТТ, переливання «теплої» крові за необхідності
5. Посиндромна терапія

ШОКОВІ СТАНИ

Класифікація геморагічного шоку за ступенем тяжкості
(Чепкий Л.П. та співавтор. 2003)

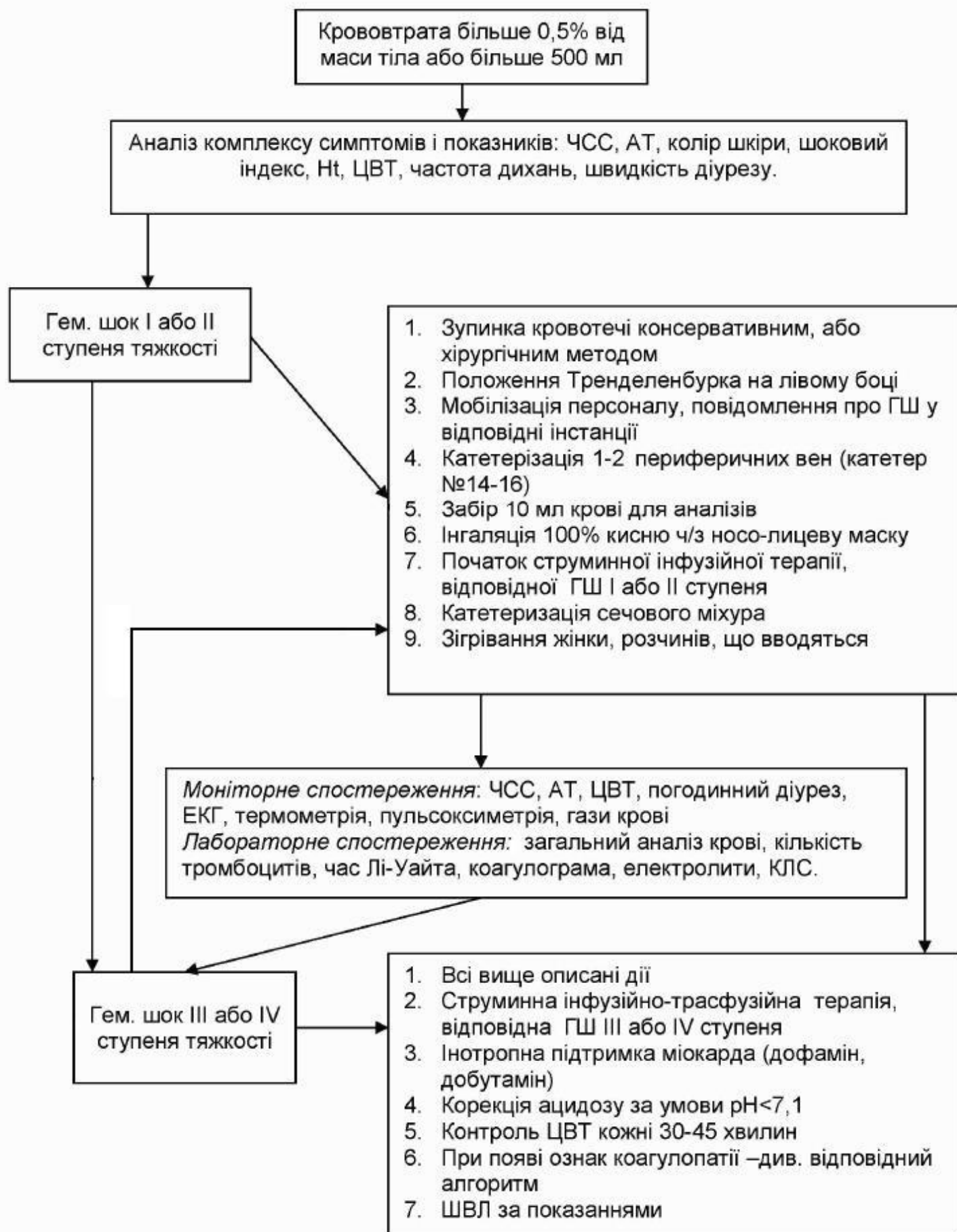
Ступінь тяжкості шоку	Стадія шоку	Об'єм крововтрати	
		% ОЦК	% маси тіла
1	Компенсований	15-20	0,8-1,2
2	Субкомпенсований	21-30	1,3-1,8
3	Декомпенсований	31-40	1,9-2,4
4	Незворотний	>40	>2,4

Критерії тяжкості геморагічного шоку

Показник		Ступінь шоку				
		0	1	2	3	4
Об'єм крововтрати	мл	<750	750-1000	1000-1500	1500-2500	>2500
	% маси тіла	<0,8	0,8-1,2	1,3-1,8	1,9-2,4	>2,4
	% ОЦК	<15	15-20	21-30	31-40	>40
Пулс, уд/хв		<100	100-110	110-120	120-140	>140 або <40*
Сис. АТ, мм.рт.ст.		N	90-100	70-90	50-70	<50**
Шоковий індекс		0,54-0,8	0,8-1	1-1,5	1,5-2	>2
ЦВТ, мм.вод.ст		60-80	40-60	30-40	0-30	<0
Тест «білої плями»		N (2с)	2-3 с	>3 с		
Гематокрит, л/л		0,38-0,42	0,3-0,38	0,25-0,3	0,2-0,25	<0,2
Частота дихання		14-20	20-25	25-30	30-40	>40
Швидкість діурезу (мл/год)		50	30-50	25-30	5-15	0-5
Психічний статус		Спокій	Незначне занепокоєння	Тривога, помітне занепокоєння	Занепокоєння, страх або сплутаність свідомості	Сплутаність свідомості або кома

Примітка * - на магістральних артеріях; ** - за методом Короткова може не визначитися

Алгоритм дій лікаря у разі геморагічного шоку



Інфузійно-трансфузійна терапія при акушерських кровотечах

Ступінь крововтрати	Об'єм крововтрати			Збалансовані кристаллоїди (Стерофундин, р-н Рінгера-лантат)	Колоїди		Препарати крові						Загальний об'єм трансфузій (у % до деф. ОЦК або у мл)
	у мл	у % від маси тіла	у % від ОЦК		Гелофузін *	ГЕК 130/0,42	вісказаморосжена плазма	групоцитрава маса	кріопреципитати	альбумін 10%	тромбо-	**	
Легка	500,0-1000,0	1-1,5%	10-20%	10-15 мл/кг	-	-	-	-	-	-	-	-	200-300 (до 2,5л)
Помірна	1000,0-1500,0	1,5-2,0%	21-30%	10 мл/кг	-	5-10 мл	-	-	-	-	-	-	200 (до 3 л)
Тяжка	1500,0-2000,0	2,0-2,5%	31-40%	7 мл/кг	5 мл/кг	10-15 мл	-	10-20 мл	-	200 мл	-	-	180 (до 4 л)
Вкрай тяжка	2500,0-3000,0	2,5-3,6%	41-70%	7 мл/кг	10 мл/кг	15-20 мл	5	20-30 мл	7-10 доз	300 мл	до 4 од	-	170 (до 5 л)
Смертельна	понад 3000,0	понад 3,6%	понад 70%	до 10 мл/кг	10 мл/кг	30	10	понад 30	понад 10 доз	понад 300 мл	4-10 од	-	150 (понад 6 л)

Примітки: * - модифікований рідкий желатин (гелофузін); не рекомендується використовувати у вагітних з преєклампсією, у цих випадках перевагу надають похідним гідроксиетилкрахмалю (рефортан, стабізол).

** - 1 одиниця тромбоконтрату містить не менше $0,5 \times 10^{11}$ тромбоцитів. Одна терапевтична доза містить від 4 до 10 одиниць.

Алгоритм діагностики та лікування септичного шоку

Клініка СШ

- артеріальна гіпотензія (систолический тиск <90 мм рт.ст.), що не піддіється корекції адекватним поповненням рідини;
- гектична лихоманка (гіпертермія до 39-40°, озноб змінюється зниженням температури до субнормальної або нормальної);
- тахікардія > 100 уд/хв.;
- тахіпноє > 25 дихань/хв.;
- зміна психічного статусу хворої (апатія, дезорієнтація, втрата свідомості);
- олігурія (діурез < 30 мл/год.);
- гіпоксемія;
- петехіальна висипка, некроз ділянок шкіри;
- можливі нудота, блювота, жовтяниця.

Заходи, що необхідно взяти для діагностики СШ

- моніторинг параметрів гемодинаміки: АТ, ЧСС, ЦВТ;
- контроль параметрів дихальної системи (ЧД, гази крові, SpO2);
- погодинний контроль діурезу;
- вимір ректальної температури мінімум 4 рази на добу для зіставлення з температурою тіла в аксілярних ділянках;
- посіви сечі, крові та виділень з цервікального каналу;
- визначення кислотно-лужної рівноваги крові та насичення тканин киснем;
- підрахунок кількості тромбоцитів та визначення вмісту фібриногену та мономерів фібрину (розчинний фібрин);
- ЕКГ з метою виявлення ступеня метаболічних порушень або ішемії міокарду;
- УЗД органів черевної порожнини з метою виявлення можливих абсцесів;
- рентгенографічне обстеження органів грудної порожнини з метою підтвердження гострого респіраторного дистрес-синдрому або пневмонії.

Лабораторна діагностика СШ

- тромбоцитопенія < 100 · 10/л, яку неможливо пояснити іншими причинами;
- зниження рівня фібриногену, подовження часу згортання крові та часу рекальцифікації плазми, подовження протромбінового часу, поява в судинному руслі підвищених концентрацій розчинних комплексів мономерів фібрину й продуктів деградації фібрину, розвиток мікро гемолізу;
- анемія;
- нейтрофільний лейкоцитоз зі зсувом вліво;
- лейкоцитоз > 12000/л, інколи лейкопенія;
- токсична зернистість нейтрофілів, поява тілець Доле, вакуолізація;
- лімфопенія.
- характерні біохімічні зміни (підвищення рівня лактату, креатиніну, білірубіну).

Мета інтенсивної терапії СШ в перші 6 годин реанімації

Середній артеріальний тиск = 65 мм рт.ст
Систолический артеріальний тиск > 90 мм рт.ст.
Центральний венозний тиск = 8-12 мм рт.ст.
Діурез – 0,5мл/кг.год
Сатурація центральної венозної або змішаної крові = 70%
Нормальна свідомість;
Нормалізація оксигенації й перфузії тканин;
Купірування кровоточивості;
Видалення септичного вогнища.

Основні принципи інтенсивної терапії СШ

- негайна госпіталізація у відділення інтенсивної терапії.
- Корекція гемодинамічних порушень шляхом проведення адекватної інфузійної терапії, ізотропної, вазопресорної, стероїдної терапії та з постійним моніторингом гемодинаміки..
- Підтримання адекватної вентиляції та газообміну.
- Хірургічна санація вогнища інфекції.
- Нормалізація функції кишківника та раннє ентеральне харчування.
- Своєчасна корекція метаболізму під постійним лабораторним контролем.
- Антибактеріальна терапія під постійним мікробіологічним контролем.
- Антимедіаторна терапія.

Показання до лапаротомії та екстирпації матки з матковими трубам

- відсутність ефекту від проведення інтенсивної терапії;
- наявність у матці гною;
- маткова кровотеча;
- гнійні утвори у ділянці придатків матки;
- виявлення при ультразвуковому дослідженні наявності залишків плідного яйця.

Алгоритм діагностики та лікування кардіопульмонального шоку

Діагностика кардіопульмонального шоку

Клінічні ознаки:

- почуття страху;
- занепокоєння, збудження;
- озноб та гіпертермія;
- кашель;
- раптова блідість або ціаноз;
- різкий біль у грудях;
- задишка, шумне дихання;
- зниження АТ;
- тахікардія;
- коагулопатична кровотеча із пологових шляхів або інших травмованих місць;
- кома;
- судоми;
- смерть внаслідок фібриляції шлуночків впродовж декількох хвилин.

Діагностичні заходи

Діагностика кардіопульмонального шоку базується на оцінці клінічної симптоматики, лабораторному обстеженні та додаткових методах дослідження.

Лабораторні ознаки - ознаки гіпокоагуляції та підвищення ШОЕ .

Додаткові методи дослідження:

- ЕКГ – синусова, або пароксизмальна тахікардія, гіпоксія міокарду, гостре легеневе серце
- рентгенологічні зміни характеризуються картиною інтерстиціального зливного пневмоніту («метелик» з уціпленням по всій прикореневій зоні та просвітленням малюнку легеневої тканини по периферії).

Кардіопульмональний шок

Вагітну госпіталізують до акушерського стаціонару ІІІ рівня в відділення (палату) інтенсивної терапії

Першочергові заходи при появі ознак кардіопульмонального шоку?

1. При зупинці кровообігу - проведення серцево-легеневої реанімації.
2. При наростанні ознак дихальної недостатності - інтубація трахеї та ШВЛ 100% киснем з позитивним тиском в кінці видиху + 5 см вод ст.
3. Пункція та катетеризація підключичної або внутрішньої яремної вени з обов'язковим контролем ЦВТ. Набрати 5 мл крові для дослідження коагулограми та наявності елементів наволоплодових вод.
4. Катетеризація сечового міхура постійним катетером.

Принципи лікування

1. Якщо ЦВТ < 8 см вод. ст. - корекція гіповолемії шляхом введення колоїдів та кристалоїдів у співвідношенні 2:1 зі швидкістю 5 - 20 мл/хв. у залежності від рівня АТ. У випадку виникнення кровотечі у склад інфузійної терапії включають свіжозаморожену плазму. Не використовувати 5% альбумін.
2. При ЦВТ > 8 см вод. ст. проводиться інотропна підтримка: дофамін (5 – 10 мкг/кг/хв.) або добутамін (5 - 25 мкг/кг/хв.). Починають ізотропну терапію з мінімальних доз, а при відсутності ефекту – поступово їх збільшують. Бажано використовувати поєднане введення дофаміну (2-5 мкг/кг/хв) та добутаміну (10 мкг/кг/хв.).
3. Одночасно з симпатоміметичною терапією застосовують глюкокортикоїди: преднізолон до 300 - 400 мг або гідрокортизон - 1000 - 1500 мг.
4. Боротьба з коагулопатією (див. протокол лікування ДВЗ-синдрому).
5. Запобігання розвитку інфекційних ускладнень.

Обсяг моніторингу при кардіопульмональному шоці

Моніторинг життєво-важливих функцій повинен включати: вимірювання АТ кожні 15 хв, центрального венозного тиску (ЦВТ), частоту дихання (ЧД), пульсоксиметрію, ЕКГ; подинний діурез та загальний аналіз сечі; термометрія; рентгенографія органів грудної порожнини; загальний аналіз крові, Нг; тромбоцити; коагулограма; кислотно-основний стан та гази крові; біохімічне дослідження крові та вміст електролітів.

Тактика ведення вагітності та пологів

Під час вагітності або пологів – термінове розродження та зупинка кровотечі, якщо кровотеча є профузною – екстирпація матки із перев'язкою внутрішніх клубових артерій.

Алгоритм діагностики та лікування гіпотонічного кризу



КОМАТОЗНІ СТАНИ

Алгоритм діагностики та лікування екламптичної коми

Розвиток коматозного стану (втрата свідомості, порушення рефлекторної діяльності і функції життєво важливих органів, відсутність свідомих реакцій на зовнішні чинники) у жінок з еклампсією (судомним синдромом) під час вагітності, родів і протягом 5 днів після родів на фоні пізнього гестоза будь-якого ступеня тяжкості без вказівки на епілепсію або інше захворювання нервової системи є екламптичною комою. Екламптична кома належить до токсичних ком.

Екламптична кома

Принципи інтенсивної терапії екламптичної коми?

1. Лікування у разі нападу судом починається на місці.
2. Розгортають палату інтенсивної терапії чи госпіталізують вагітну до відділення анестезіології та інтенсивної терапії.

3. Вагітну укладають на рівну поверхню у положенні на лівому боці, швидко звільняють дихальні шляхи, відкриваючи рот і висуваючи вперед нижню щелепу, паралельно евакуують вміст ротової порожнини. За можливості, якщо збережено спонтанне дихання, вводять повітровід та проводять інгаляцію кисню.

4. За умови розвитку тривалого апное негайно починають примусову вентиляцію носо-лицевою маскою з подачею 100% кисню у режимі позитивного тиску наприкінці видиху. Якщо судоми повторюються або хвора залишається у стані коми, вводять м'язові релаксанти та переводять пацієнтку на штучну вентиляцію легенів (ШВЛ) у режимі помірної гіпервентиляції.

5. Паралельно з проведеними заходами щодо відновлення адекватного газообміну здійснюють катетеризацію периферичної вени та починають введення протисудомних препаратів (сульфат магнію вводять внутрішньовенно болюсно продовж 5-100 хв., вводять 4 г сульфата магнія (16 мл 25% розчину) потім підтримуюча терапія 1-2 г/год, підтримуюча доза складає 2 г/час (8 мл 25% розчину), добова доза 24-30 г/добу) під ретельним контролем АТ і ЧСС.

6. Катетеризують центральну вену за необхідності контролю ЦВТ, для контролю погодинного діурезу катетеризують – сечовий міхур. За показаннями – трансназальна катетеризація шлунка.

7. Усі маніпуляції (катетеризація вен, сечового міхура, акушерські маніпуляції) проводять під загальною анестезією.

8. Після ліквідації судом проводять корекцію метаболічних порушень, водно-електролітного балансу і кислотно-основного стану, білкового обміну.

Инфузійна терапія – розчини гідроксіетілкрохмалю (стабізол, рефортан, 6%) в об'ємі 10-15мл/кг маси тіла, кристалоїди (раствор натрію хлориду, натрію гідракарбонат, калія хлорид).

9. Здійснюють огляд невропатологом та окулістом. Лабораторні аналізи: повний аналіз крові (тромбоцити, гематокрит, гемоглобін, час згортання), загальний білок, рівень альбуміну, глюкоза, сечовина, креатинін, трансамінази, електроліти, рівень кальцію, магнію, фібриноген та продукти його деградації, протромбін та протромбіновий час, аналіз сечі, добова протеїнурія.

Жінку, яка перенесла еклампсію, наглядають в умовах палати реанімації та інтенсивної терапії.

Розродження

Розродження здійснюється терміново. Виконують операцію кесарів розтин. Термінове розродження проводять після переведення хворої на ШВЛ на фоні постійного введення сульфату магнію, антигіпертензивної та інфузійної терапії. Після закінчення оперативного втручання ШВЛ продовжують до стабілізації стану пацієнтки, але не раніш ніж після двох днів післяопераційного періоду. Після пологів лікування продовжують відповідно до стану породіллі. Магнезіальна терапія має тривати ще не менше 48 годин.

КОЛАПСИ

Алгоритм дії при синдромі стискання нижньої порожнинної вени

Підозра на синдром стискання нижньої порожнинної вени

Діагностика

1. Клінічні дані та анамнестичних відомостей про погіршення стану вагітної у разі її положення на спині.
2. Вимірювання АТ на верхніх та нижніх кінцівках. Якщо, АТ на нижніх кінцівках перевищує тиск на плечовій артерії на 20 мм рт ст. й більше, треба думати про ССНПВ.

Клінічні дані:

- різке посилення рухливої діяльності плода;
- занепокоєння;
- різка слабкість, головокружіння;
- головний біль;
- відчуття нудоти;
- запаморочення, швидке дихання;
- збліднення;
- раптове потовиділення;
- відчуття серцебиття, тахікардія.

Тактика ведення вагітної при виникненні ССНПВ

- терміново повернути вагітну на лівий бік при перших її скаргах;
- при обстежувані вагітної УЗД, аускультатції або/та КТГ плоду дослідження виконувати при положенні жінки на лівому боку;
- при оперативному втручанні у вагітної підкласти твердий валик під праве стегно та сідницю, або нахилити донизу ліву сторону стола, щоб кут нахилу складав 15-20°.

ДОДАТОК

Нормальні показники деяких клініко-лабораторних досліджень

Показники загальноклінічного дослідження крові

	Норма в репродуктивному віці	Новонароджені
Швидкість зсідання еритроцитів	2 – 15 мм/ч	0 – 2
Гемоглобін	112 – 150 г/л	145 – 225
Кольоровий показник	0,86 – 1,05	-
Кількість еритроцитів	$3,7 - 4,7 \cdot 10^{12}/л$	4,0 – 6,6
Середній об'єм еритроцита (fl)	82 - 100	95 – 121
Гематокрит	32 – 44%	45 – 67%
Середня концентрація гемоглобіну в еритроциті (gldl)	32,6 – 35,8	29,0 – 37,0
Кількість тромбоцитів	$180 - 320 \cdot 10^9/л$	$99 - 421 \cdot 10^9/л$
Кількість ретикулоцитів	0,2 – 1,2 %	-
Кількість лейкоцитів	$4,0 - 8,8 \cdot 10^9/л$	$9,4 - 32,2 \cdot 10^9/л$
Лейкоцитарна формула		
Міелоцити	Відсутні	0,5%
Метаміелоцити	Відсутні	4%
Нейтрофіли:		
• паличкоядерні	1 – 5 %	26%
• сегментоядерні	40 – 70 %	34%
Еозинофіли	0,5 – 5 %	2%
Базофіли	0 – 1 %	0,75%
Лімфоцити	20 – 45 %	24%
Моноцити	3 – 8 %	9,5%
Плазматичні клітини	Відсутні	0,25%

Показники вуглеводного обміну

Показник	Норма в репродуктивному віці	Новонароджені
Глюкоза:		
• плазма	3,89 – 5,83 ммоль/л	-
• кров	3,38 – 6,4 ммоль/л	2,8 - 4,4 ммоль/л
• стінномозкова рідина	2,22 – 3,89 ммоль/л	3,33 – 4,44 ммоль/л
Глюкозотолерантний тест у сироватці крові	Натще 3,9 – 5,8 ммоль/л Через 120 хв 3,9 – 6,7 ммоль/л	-
Сіалові кислоти	2,0 – 2,33 ммоль/л 1,35 – 200 усл. ед.	-
Пов'язані з білком гексози у тому числі з сіромукоїдом	5,8 – 6,6 ммоль/л 1,2 – 1,6 ммоль/л	-
Гліколізований гемоглобін	4,5 – 6,1 молярних %	-
Молочна кислота (лактат) в крові:		
• венозна	0,5 – 2,2 ммоль/л	-
• артеріальна	0,5 – 1,6 ммоль/л	-
Піровиноградна кислота (піруват) у сироватці	0,03 – 0,10 ммоль/л	-
Співвідношення лактат/піруват	10/1	-

Показники ліпідного обміну

Показник	Норма в репродуктивному віці	
Загальні ліпіди у сироватці	4,5 – 7,0 г/л	-
Загальний холестерин у сироватці	3,63 – 5,20 ммоль/л	1,37 – 3,50 ммоль/л
Холестерин:		
• <i>альфа-ліпопротеїдів</i>	0,9 – 1,9 ммоль/л	-
• <i>бета-ліпопротеїдів</i>	До 5,2 ммоль/л	-
Коефіцієнт атерогенності	До 3,0 од.	-
Бета-ліпопротеїди	До 55 од.	-
Загальні фосфоліпіди у сироватці	1,25 – 2,75 г/л	1,0 – 2,75 г/л
Ліпопротеїн у сироватці	0 – 30 мг/л	-
Тригліцериди у сироватці	0,45 – 1,81 ммоль/л	0,36 – 1,12 ммоль/л
Неетерифіковані жирні кислоти	400 – 800 мкмоль/л	-

Показники білкового обміну

Показник	Норма в репродуктивному віці	
Загальний білок	65 – 85 г/л	
Альбумін	35 – 50 г/л	
Білкові фракції сироватки (%):		
• <i>преальбуміни</i>	2 – 7	
• <i>альбуміни</i>	52 – 65	
• <i>альфа-1-глобуліни</i>	2,5 – 5	
• <i>альфа-2-глобуліни</i>	7 – 13	
• <i>бета-глобуліни</i>	8 – 14	
• <i>гама-глобуліни</i>	12 – 22	
Тимолова проба	0 – 6 од.	
Сіромукоїд	0,13 – 0,2 од.	
Гаптоглобін	0,9 – 1,4 г/л	
Креатинін:		
• <i>кров</i>	44 – 97 мкмоль/л	
• <i>сеча</i>	5,3 – 15,9 ммоль/доб	
Сечовина (азот сечовини):		
• <i>кров</i>	2,5 – 8,3 ммоль/л	
• <i>сеча</i>	430 – 710 ммоль/доб	
Клубочкова фільтрація	80 – 120 мл/хв	
Канальцева реабсорбція	97 – 99 %	
Сечова кислота:		
• <i>кров</i>	0,18 – 0,38 ммоль/л	
• <i>сеча</i>	1,48 – 4,43 ммоль/доб	
Рівень середніх молекул:		
• <i>кров</i>	0,22 – 0,26 од.	
• <i>сеча</i>	0,304 – 0,334 од.	

Показники ферментного обміну

Показник	Норма в репродуктивному віці
Аспаратамінотрансфераза (АСТ):	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>оптимізований оптичний тест</i> 	до 49 МЕ при 37° С
<ul style="list-style-type: none"> • <i>метод Райтмана – Френкеля</i> 	0,1 – 0,68 мкмоль/(г · мл) 28 – 190 нмоль/(с · л)
Аланінамінотрансфераза (АЛТ):	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>оптимізований оптичний тест</i> 	до 49 МЕ при 37° С
<ul style="list-style-type: none"> • <i>метод Райтмана – Френкеля</i> 	0,1 – 0,68 мкмоль/(ч · мл) 28 – 190 нмоль/(с · л)
Альфа – амілаза:	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>кров</i> 	3,3-8,9 мг/(с · л) при 37° С 12 · 32 мг/(ч · мл) до 44 мг/(с · л) при 37° С до 120 мг/(ч · мл)
<ul style="list-style-type: none"> • <i>дуоденальний вміст</i> 	1,7 – 4,4 мг/(с · л) при 37° С 6-16 г/(ч · мл)
Альфа - гідроксибутиратдегідрогеназа	до 280 МЕ при 37° С
Гамма – глутамілтранспептидаза:	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>жін.</i> 	До 35 МЕ при 37° С
<ul style="list-style-type: none"> • <i>чол.</i> 	До 48 МЕ при 37° С
<ul style="list-style-type: none"> • <i>жін.</i> 	167-1100 нмоль/(с · л) при 37° С
<ul style="list-style-type: none"> • <i>чол.</i> 	250-1767 нмоль/(с · л) при 37° С
Креатинкіназа:	до 100 нмоль/(с · л) при 37° С
<ul style="list-style-type: none"> • <i>у якості субстрату креатин</i> 	до 260 МЕ при 37° С
<ul style="list-style-type: none"> • <i>у якості субстрату креатинфосфат</i> 	до 220 нмоль/(с · л) при 37° С
Кисла фосфатаза:	67-167 нмоль/(с · л) при 37° С
<ul style="list-style-type: none"> • <i>у т.ч. тартратлабільна фракція</i> 	0 - 16,7 нмоль/(с · л)
Лужна фосфатаза	39 – 117 МЕ/л
Лактатдегідрогеназа:	до 3200 нмоль/(с · л) при 25° С
<ul style="list-style-type: none"> • <i>оптимізований оптичний тест</i> 	до 460 МЕ при 37° С
<ul style="list-style-type: none"> • <i>по реакції з 2,4 – динітрофенілгідразином</i> 	220-1100 нмоль/(с · л) при 37° С
Ліпаза	0,8-4,0 мкмоль/(ч · мл) 0-470 нмоль/(с · л)
МБ КФК	0-28 мкмоль/(мин · л)
Холінестераза:	до 15 МЕ при 37° С
<ul style="list-style-type: none"> • <i>з субстратом бутирилтіохолініодидом</i> 	88-240 нкмоль/(с · л) при 37° С
<ul style="list-style-type: none"> • <i>по гідролізу ацетилхоліну</i> 	45-95 нкмоль/(с · л) при 37° С 160-340 мкмоль/(ч · мл)

Показники пігментного обміну

Показник	Норма в репродуктивному віці
Загальний білірубін	3,4-17,1 мкмоль/л
Прямий білірубін	0-3,4 мкмоль/л
Непрямий білірубін	3,4 - 13,7 мкмоль/л
Жовчні кислоти	2,5 – 6,8 мкмоль/л

Показники обміну заліза та мікроелементів

Показник	Норма в репродуктивному віці
Залізо у сироватці	7,16 – 26,85 ммоль/л
Загальна залізовв'язуюча здатність сироватки	44,75 – 71,60 ммоль/л
Коефіцієнт насичення, %	15 – 54
Трансферин	3,05 г/л
Феритин	58 – 150 мкг/л
Мідь у сироватці	18,53 – 47,41 мкмоль/л
Цинк у сироватці	10,7 – 22,9 мкмоль/л
Кобальт у сироватці	33,9 – 47,5 нмоль/л
Марганець:	
• кров	73 – 2555 нмоль/л
• сироватка	9,1 – 12,7 нмоль/л
Хром:	
• сироватка	2,7 нмоль/л
• кров	13,4 нмоль/л
Молібден у сироватці	3,85 – 8,23 нмоль/л
Нікель у сироватці	1,0 – 28,0 мкг/л
Ванадій:	
• плазма	0,054 – 0,136 мкмоль/л
• кров	0,470 – 1,160 мкмоль/л
Селен у крові	1,14 – 1,9 мкмоль/л
Кремній у сироватці	152±9 мкг/л

Показники водно-сольового та мінерального обміну, важкі метали, токсичні речовини

Показник	Норма в репродуктивному віці
Натрій:	
• плазма	135-145 ммоль/л
• сеча	до 130 – 260 ммоль/доб
• еритроцити	13,48 – 21,75 ммоль/л
• спинномозкова рідина	138 – 150 ммоль/л
Калій:	
• плазма	3,5 – 5,0 ммоль/л
• сеча	до 80-125 ммоль/доб
• еритроцити	78,5 – 112 ммоль/л
• спинномозкова рідина	2,5 – 3,2 ммоль/л
Загальний кальцій:	
• плазма	2,12-2,2 ммоль/л
• сеча	2,2-7,5 ммоль/доб
Іонізований кальцій у сироватці	1,15 – 1,27 ммоль/л
Магній	0,65 – 1,05 ммоль/л
Хлориди:	
• плазма	97-115 ммоль/л
• сеча	150-2500 ммоль/доб
Неорганічний фосфор:	
• плазма	0,9 – 1,32 ммоль/л
• сеча	12,9-42 ммоль/доб
Залізо з феритином:	7,16 – 26,85 мкмоль/л
• жін.	8,95-28,64 мкмоль/л
• чол.	11,6-31,3 мкмоль/л
Залізов'язуюча здатність сироватки	45-75 мкмоль/л
Мідь:	
• жін.	13-24 мкмоль/л
• чол.	11-22 мкмоль/л
Коефіцієнт насичення трансферину	20-50%
Оксалати, сеча:	
• дит.	8-25 мг/доб
• дор.	25-30 мг/доб
Ртуть, сеча	до 50 нмоль/л
Свинець:	
• кров	до 1,9 мкмоль/л
• сеча	0,19 мкмоль/л
Хром, кров	0,86 мкмоль/л
Берилій:	
• кров	до 0,002 мкмоль/л
• сеча	0,044 мкмоль/л
Фтор, сеча	до 10^{-5} моль/л
Метгемоглобін, кров	9,3-37,2 мкмоль/л
Сульфгемоглобін	0 – 0,1% від загальної кількості
Копропорферин, сеча	30-122 нмоль/г креатину
δ- амінолевулінова кислота, сеча	3,9-19 мкмоль/г
Дегідратаза δ- амінолевулінової кислоти	233 – 850 нмоль/(с · л)

Показники осмолярності в нормі

Біологічна рідина	Нормальні значення, мосм/л
Плазма крові	280 – 300
Сеча	600 – 1200
Спиномозкова рідина	270 – 290
Індекс осмолярності	2, - 3,5
Кліренс вільної води	(- 1,2)- (- 3,0) мл/хв

Показники кислотно-основного стану в нормі

Показник	Артеріальна кров	Венозна кров
PH	7,36 – 7,44	7,26 – 7,36
PCO ₂ , мм рт.ст.	36 – 45	46 – 58
BE, ммоль/л	(-2,3)- (+2,3)	(-2,3)- (+2,3)
HCO ₃ , ммоль/л	22 – 26	24 – 28
PO ₂ , мм рт.ст.	80 – 100	37 – 42
HbO ₂ sat, %	92 – 98	70 - 76

Гормони та медіатори

Показник	Норма в репродуктивному віці
17-Оксикортикостероїд:	
• сеча	4-20 мкмоль/доб
• плазма	140-550 нмоль/л
11- Оксикортикостероїди, плазма:	140-230 нмоль/л
Адреналін, сеча	30-80 нмоль/доб
Норадреналін, сеча	20-240 нмоль/доб
Вінілінміндальна кислота, сеча	2,5-38 мкмоль/доб
5-Оксийндолюксусна кислота, сеча	10-20 мкмоль/доб

Фізіологічні показники системи гемостазу

Показники та їхня діагностика	Норма в репродуктивному віці
Судинно-тромбоцитарний (первинний) гемостаз	
Судинний компонент:	
• проба щитка	негативна 24 та більше год
• проба джгута	негативна (не більше 10 петехій)
Тромбоцитарний компонент:	
• тривалість кровотечі за Дуже	2 – 3 хв.
• кількість тромбоцитів у крові	170 – 350 · 10 ⁹ /л
• агрегація тромбоцитів з АДФ (1 мкМ)	30,7%
• агрегація тромбоцитів з колагеном (1 мкг/мл)	46,4%
• агрегація тромбоцитів з адреналіном (30 мкМ)	35,0%
• агрегація тромбоцитів з ристоцетином (активність фактора Віллебранда)	58 – 166 %
Плазмовий (коагуляційний) гемостаз	
I фаза (утворення протромбінази):	
• час згортання крові	8 – 12 хв.
• активований частковий тромбoplastиновий час	25 – 35 с.
• активність XII фактора	65 – 150 %
• активність XI фактора	65 – 135 %
• активність IX фактора	60 – 140 %
• активність VIII фактора	60 – 145 %
• активність X фактора	
II фаза (утворення тромбіну):	
• протромбіновий час	11 – 15 с.
• активність V фактора	60 – 150 %
• активність VII фактора	65 – 135 %
• активність II фактора	60 – 150 %
III фаза (утворення фібрину):	
• фібриноген у плазмі	2 – 4 г/л
• активність XIII фактора в плазмі	100 %
• тромбіновий час	12 – 16 с.

Фізіологічні антикоагулянти

Показник	Норма в репродуктивному віці
Вміст антитромбіну III	80 - 120 %
Активність гепарину	0,24 – 0,6 кЕД/л
Активований час згортання крові	80 – 120 с.
Вміст протеїну С	70 – 130 %
Віст протеїну S	60 – 140 %

Показники плазмінової (фібринолітичної) системи

Показник	Норма в репродуктивному віці
Плазміноген	80 – 120 %
Альфа-2-антиплазмін	80 – 120 %
Альфа-1-антитрипсин	
Продукти деградації фібриногену та фібрину	<10 мг/л
D-димер	<0,5 мкг/мл

**Направленість дії компонентів систем
згортання крові та фібринолізу**

Компонент системи гемостазу	Вміст у плазмі крові, г/л	Направленість дії	Необхідний мінімальний рівень, %
1	2	3	4
I (фібриноген)	1,8–4,0	Під дією тромбіну перетворюється у фібрин. Адгезія та агрегація тромбоцитів	0,8
II (протромбін)	0,1	Вітамін К-залежний фактор. Активується $Xa+Va$ +фосфоліпіди + Ca^{2+}	30%
IIa (тромбін)	0	Перетворює фібриноген у фібрин, активує фактори V, VIII, XIII, PC, тромбоцити	
V (проакцелерин)	0,01	Активується фактором IIa	10–15%
Va	–	За наявності Ca^{2+} приймає участь в активації фактора II фактором Xa	–
VII (проконвертин)	0,005	Вітамін К-залежний фактор	5–10%
VIIa	–	Активує фактор X при зовнішньому шляху активації системи згортання крові	–
VIII:C Антигемофільний фактор	0,01–0,02	Кофактор активації фактора X тромбіном по внутрішньому шляху згортання крові	20–35%
VIII:vWF Макромолярний білковий комплекс	–	Адгезивний білковий комплекс	–
IX (фактор Крістмаса)	0,003–0,005	Вітамін К-залежний фактор. Активується фактором $XIa + Ca^{2+}$	20–30%
IXa	–	Приймає участь в активації фактора X по внутрішньому шляху системи згортання крові	–
X (фактор Стюарта-Прауера)	0,01	Вітамін К-залежний фактор. Активується фактором VIIa+тромбопластин (зовнішній шлях) або IXa + VIII+фосфоліпіди (внутрішній шлях)	10–20%
Xa	–	Активує фактор II (протромбін)	–
XI PTA-фактор	0,05	Активується XIIa + прекалікреїн+кініноген +контактна поверхня	–
XIa	–	Активує фактор IX	–
XII (фактор Хагемана)	0,03	Активується: контактна поверхня + калікреїн+кініноген	–
XIIa	–	Контактна активація внутрішнього шляху згортання крові	–

XIII (фібринстабілізуючий фактор)	0,01	Активується фактором Iia+Ca ²⁺	3–5%
XIIIa	–	Ковалентна прошивка фібрину	–
Прекалікреїн	0,05	Активується фактором XIIIa	–
Калікреїн	–	Контактна активація внутрішнього шляху згортання крові	–
HMWкініноген	0,07	Перетворюється у брадикінін під дією калікреїну, кофактор у контактній активації внутрішнього шляху згортання крові	–
Протеїн С	0,004	Вітамін К-залежний білок. Активується комплексом тромбін+тромбомодулін+Ca ²⁺	30–40%
Активований протеїн С	–	Інактивує фактори Va, VIIIa и ПАИ-1	–
Протеїн S	0,01	Вітамін К-залежний білок. Кофактор інактивації факторів Va, VIIIa та ПАИ-1	–
Антитромбін III	0,29	Інгібітор факторів IIa, IXa, Xa, калікреїну	40-50%
Плазміноген	0,216	Попередний плазміну Активується ТАП і УПА	–
Плазмін		Виконує лізис фібринових згортків	–
ТАП (тканинний активатор плазміногену)	4-5•10 ⁻¹²	Активатор плазміногену	–
УПА (активатор плазміногену урокіназного типу)	8•10 ⁻¹²	Активатор плазміногену	–
ПАІ (інгібітор тканинного активатора плазміногену I типу)	6-85•10 ⁻¹²	Інгібує ТАП і УПА	–
α₂-макрोगлобулін	1,6	Інгібує фактор IIa, калікреїн та інші протеїнази	–
α₂-антиплазмін	0,06	Інгібує плазмін	–
Протеїн С інгібітор	0,004	Інгібує активований протеїн С	–
α₁-антитрипсин	2,1	Інгібітор факторів IIa, XIa, калікреїну, трипсину, еластази	–

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

Основна

1. Акушерство : підручник / кол. авт. ; за ред. Акад. НАН України В.І. Грищенко, проф. М.О. Щербини. – К. : Медицина, 2009. – 408 с.
2. Акушерство та гінекологія : у 4 т. : національний підручник / кол. авт. ; за ред. акад. НАМН України, проф. В.М. Запорожана. – Т. 1: Акушерство. – К. : ВСВ Медицина, 2013. – 1032 с.
3. Акушерство та гінекологія : у 4 т. : національний підручник / кол. авт. ; за ред. акад. НАМН України, проф. В.М. Запорожана. – Т. 3: Неоперативна гінекологія. – К. : ВСВ Медицина, 2014. – 928 с.
4. Гострий живіт в акушерстві і гінекології : навч. посіб. / А.В. Жаркіх, В.О. Залізняк, С.П. Онопченко, О.В. Кабаченко. – Запоріжжя : Просвіта, 2010. – 132 с.
5. Залізняк В.О. Невідкладні стани в гінекології : навч. посіб. / В.О. Залізняк. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2013. – 84 с.

Додаткова

1. Бартельс А.В. Послеродовые инфекционные заболевания / А. В. Бартельс. - М. : Медицина, 1973. – 128 с.
2. Гайструк А. Н. Неотложные состояния в акушерстве : учебник / А. Н. Гайструк, Н. А. Гайструк, О. В. Мороз ; ред. А. Н. Гайструк ; ред. А. Н. Гайструк. - 2-е изд. – Винница : Книга-Вега, 2006. – 528 с.
3. Запорожан В.М. Оперативна гінекологія / В. М. Запорожан. – Одеса: ОДМУ, 2006. – 448 с.
4. Зильбер А.П. Акушерство глазами анестезиолога. Т. 3 : Этюды критической медицины / А. П. Зильбер, Е. М. Шифман. – Петрозаводск: Изд-во Петрозавод. Ун-та, 1997. – 397 с.
5. Клінічні протоколи затверджені наказами МОЗ України № 34, 51, 205 (2014р.), 225, 312, 329, 353, 455, 582, 624, 676, 782, 900, 906, 916, 977.
6. Лихачев В.К. Практическое акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей / В.К. Лихачев. – М.: ООО «МИА», 2010. – 720с.
7. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови в акушерской практике : монография / А. Д. Макацария [и др.]. – М. : Триада-Х, 2002. – 496 с.
8. Невідкладна хірургічна допомога в акушерстві та гінекології / Л. Б. Маркін [та ін.]. – Львів : Світ, 1992. – 120 с.
9. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии: справочник/ под ред. Э.К. Айламазяна. – СПб. : СпецЛит, 2006. – 110 с.
10. Невідкладні стани в акушерстві : навчальний посібник / за ред. Б.М. Венцківського, А.Я. Сенчук, О.О. Зелінського, Ю.Я. Крутя [та ін.] – К., 2010. – 246 с.