

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

Утверждаю  
Первый заместитель  
министра здравоохранения  
\_\_\_\_\_ В.В. Колбанов  
27 декабря 2005 г.  
Регистрационный № 125-1104

**ДОСРОЧНОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ЖИЗНЕННЫМ  
ПОКАЗАНИЯМ СО СТОРОНЫ МАТЕРИ И ПЛОДА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ  
АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ**

Инструкция по применению

**Учреждение-разработчик:** Республиканский научно-практический центр  
«Мать и дитя»

**Авторы:** канд. мед. наук К.У. Вильчук, д-р мед. наук О.Н. Харкевич, канд. мед.  
наук В.М. Савицкая, И.М. Бобрик, Т.В. Бекасова, С.А. Лучко

## **ВВЕДЕНИЕ**

Досрочное прерывание беременности по жизненным показаниям проводится при развитии тяжелой акушерской, экстрагенитальной и антенатальной патологии, угрожающей жизни матери и (или) плода. Поэтому осуществляется независимо от срока гестации. Родоразрешение по медицинским показаниям в сроке до 38 недель беременности называется досрочным.

Показатели перинатальной, младенческой заболеваемости и смертности, а также здоровье беременных и женщин фертильного возраста являются важными критериями определения социального и экономического развития общества.

В Республике Беларусь показатели материнской и младенческой смертности соответствуют среднеевропейским. Однако, в их структуре остается достаточно высоким удельный вес акушерских и перинатальных факторов.

В нашей стране около 70 % беременных страдают хронической экстрагенитальной патологией, и более чем у 80 % из них она диагностируется впервые во время беременности. Эти беременные женщины относятся к группе высокого риска по материнской и младенческой смертности, так как беременность, роды и послеродовой период у них сопряжены с высоким риском присоединения тяжелой акушерской патологии (поздний гестоз, эклампсия, HELLP-синдром, гепатозы, кровотечения).

При анализе случаев материнской и младенческой смертности в республике установлено, что более чем в 50 % случаев репродуктивных потерь можно было избежать при своевременном родоразрешении и оказании квалифицированной медицинской помощи. До настоящего времени в республике отсутствовали четкие медицинские показания для досрочного прерывания беременности у женщин с тяжелой акушерской патологией в интересах жизни матери и плода.

Данная инструкция разработана научным коллективом ГУ РНПЦ «Мать и дитя» по заданию Отраслевой научно-технической программы «Здоровая мать - здоровый ребенок» (2002-2004 гг.). Разработанные авторами единые критерии

для досрочного прерывания беременности при тяжелой акушерской патологии будут способствовать снижению уровня младенческой и материнской заболеваемости и смертности в республике.

## **РАЗДЕЛ I. ДОСРОЧНОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ЖИЗНЕННЫМ ПОКАЗАНИЯМ СО СТОРОНЫ ЖЕНЩИНЫ**

### **1. ВАГИНАЛЬНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ В 1-ОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ**

#### **1.1. Показания к досрочному прерыванию беременности:**

1. Начавшийся аборт.
2. Аборт в ходу.
3. Пузырный занос.

#### **1.2. Способ прерывания беременности:**

1. В сроке гестации до 12 недель – выскабливание матки.
2. В сроке гестации от 12 до 16 недель – выскабливание полости матки после экскохлеации плода.
3. В сроке более 16 недель – выскабливание матки после самостоятельной экспульсии плодного яйца.

### **2. ШЕЕЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ**

#### **Акушерская тактика:**

1. Экстирпация матки сразу после установления диагноза не зависимо от срока гестации, наличия или отсутствия кровотечения.
2. При отсутствии кровотечения больную госпитализируют в родо-вспомогательный стационар III или республиканского уровня.

3. При наличии кровотечения операция проводится экстренно в кратчайшие сроки, операционная бригада врачей вызывается по линии республиканской санавиации.

### **3. ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ (частичное и полное)**

#### **3.1. Акушерская тактика:**

1. При подозрении на предлежание плаценты госпитализация в родовспомогательный стационар 2-3-го уровня.

2. При установлении диагноза – срочная госпитализация до родоразрешения.

3. Регулярный мониторинг следующих лабораторных показателей: коагулограммы (АЧТВ, фибриноген и ПДФ, число и агрегация тромбоцитов), концентрационных показателей крови (гематокрит, гемоглобин, число эритроцитов), биохимических показателей крови (общий белок, мочевины, креатинин, билирубин и его фракции, печеночные трансаминазы), КЩС. При наличии отклонений от нормы – мониторинг каждые 12 ч, при нормальных показателях – каждые 2-3 дня.

4. Необходимо иметь постоянный запас необходимой группы эритроцитарной массы и свежемороженой плазмы для гемотрансфузии.

5. При наличии кровянистых выделений из матки, оценить величину кровопотери; восстановить ОЦК под контролем показателей центральной гемодинамики (пульс, АД, ЦВД).

6. Если кровотечение незначительное или остановилось, плод живой и недоношенный – выжидательная тактика до срока гестации, гарантирующего жизнеспособность плода.

7. При усилении кровотечения – экстренное родоразрешение независимо от срока гестации.

8. Коррекция анемии препаратами железа перорально ежедневно в течение 6 месяцев.

9. Родоразрешение в плановом порядке в 37 недель гестации.

10. Подтверждение диагноза методом УЗИ: оценить место расположения плаценты, степень ее отслойки, зрелость плаценты, состояние плода. Если данные УЗИ ненадежны, то женщину ведут до 37 недель гестации, как с предлежанием.

11. Влагалищное исследование проводят только при развернутой операционной в следующих условиях:

- налажена система для инфузии, подготовлена кровь для гемотрансфузии;
- женщина должна находиться в операционной;
- операционная бригада должна быть готова к началу операции.

### **3.2. Показания к досрочному родоразрешению:**

1. Одномоментная кровопотеря 200 мл и более.
2. Продолжающееся кровотечение из матки.
3. Рецидивирующие маточные кровотечения.
4. Сочетание с внутриутробной инфекцией или явлениями хориоамнионита.
5. Сочетание с многоводием.
6. Антенатальная гибель плода либо наличие у плода аномалий развития, не совместимые с жизнью.

### **3.3. Способ родоразрешения:**

#### **3.3.1. Кесарево сечение**

- если кровотечение обильное или продолжается;
- при рецидивирующих кровотечениях;
- угроза внутриматочной гипоксии и асфиксии плода при жизнеспособном плоде.

**Примечание:** Если выполнено кесарево сечение и имеется кровотечение из мест плацентарной площадки, наложите на кровоточащее место швы, внутривенно введите утеротонические препараты (окситоцин, метилэргометрин).

### **3.3.2. Консервативное ведение родов допустимо только при частичном предлежании плаценты**

**Условия:**

- умеренное кровотечение;
- головное предлежание плода;
- хорошая родовая деятельность и наличие условий для быстрого родоразрешения;
- отсутствие признаков внутриутробной гипоксии плода.

**Особенности ведения:**

- при раскрытии зева на 3-4 см браншей пулевых щипцов производят амниотомию;
- активное ведение последового периода: ручное отделение и выделение последа, профилактика кровотечения (выведение мочи катетером, холод на низ живота, введение утеротонических препаратов).

## **4. ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ (ПОНРП)**

### **4.1. Не прогрессирующая ПОНРП**

**Основные принципы акушерской тактики:**

1. Лечение проводится только в условиях акушерского стационара.
2. Постельный режим.
3. Спазмолитические препараты.
4. УЗ контроль над состоянием плаценты, маточно-плацентарного и плодового кровотока, биофизическим профилем плода каждые 1-2 дня.
5. Ежедневно оценивается состояние плода по данным КТГ.

6. Контроль над состоянием системы гемостаза по данным гемостазиограммы (при наличии отклонений от нормы – ежедневно, при нормальных показателях – каждые 2-3 дня).

7. С целью профилактики ДВС, по показаниям, – альбумин, свежезамороженная плазма.

8. При появлении признаков организации сгустка в центре гематомы, по данным УЗИ, возможно пролонгирование беременности и консервативная тактика ведения беременности.

## **4.2. Прогрессирующая ПОНРП**

*Основным принципом* акушерской тактики является немедленное бережное родоразрешение.

### **4.2.1. Показания к операции кесарево сечение**

Отсутствие условий для немедленного родоразрешения через естественные родовые пути.

#### *Особенности оперативного родоразрешения:*

- нижняя срединная лапаротомия;
- после извлечения ребенка и удаления последа необходим тщательный осмотр и выскабливание полости матки;
- при наличии признаков маточно-плацентарной апоплексии (матка Куверлера) показана экстирпация матки;
- после операции больная находится в операционной до полной стабилизации гемодинамических и гемокоагуляционных показателей.

### **4.2.2. Показания к родоразрешению через естественные родовые пути**

Легкая степень отслойки плаценты.

#### *Условия:*

- соответствие размеров головки плода и таза матери;
- возможность постоянного контроля КТГ плода;

- готовность к проведению инфузионно-трансфузионной терапии (ИТТ);
- отсутствие других сопутствующих акушерских осложнений.

### ***Особенности консервативного родоразрешения:***

- родовозбуждение и родоактивация при ПОНРП противопоказана;
- сразу после рождения ребенка проводится ручное отделение и выделение последа и тщательная ревизия стенок матки (для удаления пристеночных сгустков, профилактики гипо- и атонического кровотечения, гипокоагуляции);
- при развитии клинической картины ПОНРП тяжелой степени в периоде изгнания показано немедленное родоразрешение путем наложения акушерских щипцов, извлечения плода за тазовый конец, плодоразрушающей операцией при мертвом плоде;
- развитие коагулопатического кровотечения в раннем послеродовом периоде является показанием к срочному выполнению экстирпации матки.

## **5. ПОЗДНИЙ ГЕСТОЗ БЕРЕМЕННЫХ**

### **5.1. Показания к досрочному родоразрешению:**

1. Гестоз средней степени тяжести при отсутствии эффекта от терапии в течение 5-6 суток.
2. Гестоз тяжелой степени, преэклампсия при отсутствии эффекта от терапии в течение 3-12 часов.
3. Эклампсия и ее осложнения.
4. HELLP-синдром.
5. Острый жировой гепатоз беременных (ОЖГБ).

### **5.2. Способ родоразрешения**

#### **5.2.1. Показания к операции кесарева сечения:**

- эклампсия;
- преэклампсия при отсутствии эффекта от лечения;



- осложнения гестоза (кома, острая почечная недостаточность, амавроз, кровоизлияние в сетчатку глаза, отслойка сетчатки, подозрение на кровоизлияние в мозг);
- сочетание гестоза и другой акушерской патологии (отслойка плаценты, тазовое предлежание плода, длительное бесплодие и др.);
- выраженная плацентарная недостаточность, при возможности выхаживания недоношенного новорожденного;
- отсутствие эффекта от родовозбуждения или ухудшение состояния беременной во время его проведения;
- наличие показаний к досрочному родоразрешению при неподготовленной шейке матки.

### **5.2.2. Особенности интенсивной терапии при оперативном родоразрешении:**

- метод обезболивания - при тяжелом гестозе только эндотрахеальный наркоз;
- при гестозе легкой и средней степени методом выбора является эпидуральная анестезия;
- после извлечения плода вводят контрикал и утеротонические препараты;
- возмещение интраоперационной кровопотери (свежезамороженная плазма, раствор инфукола (ГЭК 6 % или 10 %), кристаллоиды, препараты крови не более 3-х дней хранения);
- показания к гемотрансфузии: снижение гемоглобина до 80 г/л, снижение гематокрита до 0,25 л/л.;
- объем инфузионной терапии в послеоперационном периоде определяется в зависимости от выраженности гиповолемии, АД, ЦВД и диуреза;
- продолжительность интенсивной терапии зависит от сроков нормализации параметров гомеостаза (не менее 2-х суток).

### **5.2.3. Родоразрешение через естественные родовые пути**

#### ***Общие принципы:***

- совместное ведение акушером-гинекологом и анестезиологом;
- постоянный мониторинг за состоянием матери и плода;
- проведение интенсивной терапии в родах:
  - инфузионная терапия до 500-800 мл;
  - гипотензивная терапия под контролем АД;
  - средства, улучшающие маточно-плацентарный кровоток.
- поэтапная длительная аналгезия, включая эпидуральную анестезию в I и II периодах родов;
- выполнение всех манипуляций на фоне адекватной анестезии;
- оксигенотерапия.

#### ***Особенности ведения периода раскрытия:***

- в изолированной палате;
- положение роженицы на боку с целью профилактики развития синдрома нижней полой вены;
- ранняя амниотомия при раскрытии на 3-4 см для профилактики аномалий родовой деятельности, отслойки нормально расположенной плаценты и эмболии околоплодными водами;
- при АД 160/100 мм рт.ст. и выше - проведение управляемой относительной нормотонии.

#### ***Особенности ведения периода изгнания:***

- при АД 160/100 мм рт.ст. и выше – проведение относительной управляемой нормотонии;
- при неэффективности гипотензивной терапии – исключение потужной деятельности путем наложения акушерских щипцов (при головном предлежании) или экстракции плода за ножку или тазовый конец (при тазовом предлежании).

### ***Особенности ведения последового и раннего послеродового периодов:***

- профилактика кровотечения путем внутривенного капельного введения контрикала 200 000 ЕД или овомина 300 000 ЕД, утеротонических препаратов (окситоцин, метилэргометрин);
- тщательный контроль над состоянием родильницы;
- измерение АД каждые 10-15 мин;
- адекватное восполнение кровопотери.

## **6. АКУШЕРСКИЕ ИНФЕКЦИИ**

### **6.1. Показания к досрочному прерыванию беременности:**

1. Криминальный аборт или подозрение на него.
2. Отсутствие клинического эффекта в течение 72 ч от комплексной терапии, согласно результатам бакпосева и чувствительности к антибиотикам, внутриутробной инфекции со следующими клиническими проявлениями: угроза прерывания беременности, фетоплацентарная недостаточность, задержка внутриутробного развития плода.
3. Появление признаков системного воспалительного ответа при наличии 3 и более очагов инфекции (например: 1) кольпит, гайморит, пиелонефрит; 2) отит, бронхит, эндоцервицит и т.п.).
4. Ухудшение состояния матери и (или) плода при проведении комплексной терапии генитальной инфекции.
5. Хориоамнионит (лихорадка; тахикардия; лейкоцитоз в крови и сдвиг лейкоцитарной формулы влево; запах амниотической жидкости) не является противопоказанием к кесареву сечению, если это необходимо.

### **Протокол оказания неотложной помощи при септическом шоке:**

1. Срочно мобилизуйте весь свободный персонал.
2. Оцените жизненно важные функции (PS, АД, ЦВД, дыхание, t).

3. Поверните женщину на бок, обеспечьте проходимость дыхательных путей.
4. Согретьте женщину, но не перегревайте ее.
5. Поднимите ножной конец кровати.

**Протокол лечения:**

1. Катетеризируйте центральную, две периферические вены или выполните венесекцию.
2. Начните внутривенную инфузионную терапию.
3. Возьмите кровь на общий анализ и свертываемость (коагулограмму обязательно) до начала инфузионной терапии.
4. Быстро перелейте жидкость внутривенно 1 л за 15-20 мин (физиологический раствор или лактат Рингера).
5. Перелейте не менее 2 л растворов в течение первого часа, не давайте жидкость перорально.
6. Продолжайте контролировать жизненно важные функции каждые 15 мин.
7. Катетеризируйте мочевой пузырь и контролируйте выделение мочи.
8. Дайте кислород 6-8 л/мин через маску или носовую канюлю.
9. Оцените прикроватный тест на свертываемость согласно протоколу.
10. Соберите соответствующие пробы (*кровь, мочу, гной*) для выявления микробной культуры до начала антибиотикотерапии.
11. Назначьте комбинацию антибиотиков (не менее 3-х внутривенно), активных в отношении аэробных и анаэробных инфекционных агентов, и продолжайте их применение до нормализации температуры тела в течение 48 часов.
12. Оцените ответную реакцию женщины через 30 мин после начала инфузии для обнаружения улучшений в ее состоянии: стабилизация пульса (90 в минуту или менее); повышение АД (систолическое 100 мм рт.ст. или выше);

улучшение психического состояния; увеличение почасового диуреза (30 мл и более); повышение ЦВД (50 мм.вод.ст. или выше).

13. Если состояние женщины улучшилось: сократите скорость внутривенной инфузионной терапии до 1 л за 6 часов; продолжите мероприятия по определению причины шока.

14. Если состояние женщины не улучшается и не стабилизируется, она нуждается в дополнительном лечении и обследовании: продолжите инфузионную терапию под контролем показателей центральной и периферической гемодинамики, обеспечивая инфузию не менее 1л за 6 ч, и поддерживайте подачу кислорода 6-8-л в минуту; проведите лабораторное обследование: Ht, группа крови и Rh-фактор, электролиты в плазме, креатинин плазмы, рН крови.

15. При развитии генерализованной инфекции, источником которой является матка, показана гистерэктомия.

## **7. МНОГОВОДИЕ**

### **7.1. Показания к досрочному родоразрешению:**

1. Острое многоводие, сопровождающееся развитием сердечной недостаточности.
2. Нарастание симптомов многоводия и отсутствие эффекта от комплексной терапии.
3. Внутриматочная гипоксия и асфиксия плода.

### **7.2. Способ родоразрешения**

#### **7.2.1. Кесарево сечение**

- неправильное положение плода в матке (поперечное или косое);
- предлежание плаценты;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- острая внутриматочная гипоксия плода, при условии возможности выживания недоношенного новорожденного.

## **7.2.2. Консервативное ведение родов**

### ***Условия:***

- зрелость шейки матки III вариант;
- продольное положение плода;
- возможность КТГ мониторинга.

### ***Особенности ведения:***

- бережное родоразрешение;
- при раскрытии зева на 3-4 см браншей пулевых щипцов производят раннюю боковую амниотомию. Воды выпускают медленно, не выводя руку из влагалища, для профилактики выпадения петель пуповины или мелких частей плода;
- профилактика кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах: выведение мочи катетером, холод на низ живота, введение утеротонических препаратов (окситоцин, метилэргометрин).

## **8. ОПЕРИРОВАННАЯ МАТКА**

### **8.1. Показания к досрочному родоразрешению:**

1. Появление клинических признаков несостоятельности рубца на матке: нижний сегмент истончен, болезненный при пальпации.
2. Наличие УЗИ признаков несостоятельности рубца: истончение до 1-2 мм или явный дефект.
3. Развитие регулярной родовой деятельности при наличии УЗИ признаков неполноценности рубца (толщина менее 5 мм).

### **8.2. Способ родоразрешения:**

1. Сразу после возникновения показаний к досрочному родоразрешению необходим глубокий эндотрахеальный закисно-кислородный наркоз на фоне нейролептаналгезии с целью профилактики разрыва матки.

2. Во всех случаях экстренная лапаротомия, родоразрешение путем операции кесарева сечения.

## **9. ПОПЕРЕЧНОЕ И КОСОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА**

### **9.1. Показания к досрочному родоразрешению:**

1. Развитие регулярной родовой деятельности (независимо от срока беременности).
2. Преждевременное излитие околоплодных вод.

### **9.2. Способ родоразрешения:**

1. Сразу после возникновения показаний к досрочному родоразрешению необходим глубокий эндотрахеальный закисно-кислородный наркоз на фоне нейролептаналгезии с целью профилактики разрыва матки.

2. Во всех случаях экстренная лапаротомия, родоразрешение путем операции кесарева сечения.

## **10. ДРУГАЯ АКУШЕРСКАЯ ПАТОЛОГИЯ**

### **10.1. Экстрагенитальный рак, рак шейки матки**

1. Досрочное прерывание беременности проводят независимо от срока гестации и сразу после установления диагноза.

2. Метод родоразрешения преимущественно оперативный: до 16 недель беременности проводят выскабливание матки; в сроке 16-22 недели – малое кесарево сечение; после 22 недель – кесарево сечение.

### **10.2. Синдром гиперстимуляции яичников**

1. Досрочное прерывание беременности проводят при нарастании явлений сердечно-легочной недостаточности и отсутствии эффекта от комплексной терапии.

2. Метод прерывания беременности до 12 недель - выскабливание матки.

### **10.3. Антенатальная гибель плода**

1. Досрочное прерывание беременности проводят независимо от срока гестации и сразу после установления диагноза.
2. Оптимальный метод – родоразрешение через естественные родовые пути;
3. Обязательная профилактика и лечение ДВС синдрома. Патогенетически обоснованным принципом профилактики массивного коагулопатического кровотечения является одновременное применение свежемороженой плазмы в сочетании с малыми дозами гепарина и большими дозами ингибиторов протеаз: *свежемороженая плазма не менее 400 мл; гепарин 2 500-5 000 ЕД (фраксипарин 0,3 мл) подкожно или 500 ЕД инфузионно; контрикал (овомин, трасилол, гордокс) 80 000-100 000 ЕД внутривенно одномоментно.*

### **10.4. Гибель одного плода при многоплодной беременности**

1. Досрочное прерывание беременности в кратчайшие сроки (не более 2-х часов) после установления диагноза.
2. Во всех случаях показано быстрое и бережное родоразрешение. Метод родоразрешения выбирают индивидуально в зависимости от срока гестации, жизнеспособности и возможности выхаживания живых плодов, сопутствующей генитальной и экстрагенитальной патологии.
3. Обязательная профилактика и лечение ДВС синдрома.



## **РАЗДЕЛ II. ДОСРОЧНОЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПО ЖИЗНЕННЫМ ПОКАЗАНИЯМ СО СТОРОНЫ ПЛОДА**

### **1. ФЕТОПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ**

#### **1.1. Показания к досрочному родоразрешению:**

**1.1.1.** Нарушение маточно-плодово-плацентарного кровообращения легкой степени при отсутствии эффекта от комплексной консервативной терапии в течение 7-10 дней.

***Критерии оценки:***

- а)** условно патологический и физиологический ритм КТГ при нарушении ФПК легкой степени, по данным ДПМ;
- б)** условно патологический ритм в течение 3 и более наблюдений и патологический ритм КТГ при ненарушенных показателях ДПМ.

**1.1.2.** Нарушение маточно-плодово-плацентарного кровообращения средней степени тяжести при отсутствии эффекта от комплексной консервативной терапии в течение 48 часов.

***Критерии оценки:***

- а)** патологический ритм КТГ сочетается с нарушением ФПК легкой и средней степени, по данным ДПМ;
- б)** физиологический или условно патологический ритм КТГ при нарушении ФПК средней степени тяжести, по данным доплерометрии плодовой и материнской гемодинамики;
- в)** оценка биофизического профиля плода составляет 4-6 баллов;
- г)** периодическое выпадение диастолического кровотока, по данным доплерометрии, данные КТГ могут быть не изменены.

**1.1.3.** Нарушение маточно-плодово-плацентарного кровообращения тяжелой степени, родоразрешение необходимо провести немедленно (в течение 1 часа).

**Критерии оценки:**

- а)** 3 степень нарушения гемодинамики в системе мать-плацента-плод, по данным ДППМ;
- б)** нулевой диастолический кровоток в аорте плода, по данным ДППМ;
- в)** снижение СДО во внутренней сонной артерии плода до 2,3 и менее;
- г)** снижение СДО в аорте плода при предыдущих высоких его значениях («мнимая нормализация») на фоне патологических значений КТГ;
- д)** «немой» тип КТГ, появление спонтанных децелераций на фоне резкого снижения variability базального ритма КТГ.

**1.1.4.** Задержка внутриутробного развития плода II степени при отсутствии эффекта от комплексной медикаментозной терапии в течение 10-14 дней либо при нарастании признаков внутриматочной гипоксии плода (по данным КТГ и доплерометрии).

**1.1.5.** Задержка внутриутробного развития плода III степени при отсутствии эффекта от комплексной медикаментозной терапии в течение 5-7 дней либо при нарастании признаков внутриматочной гипоксии плода (по данным КТГ и доплерометрии).

**1.1.6.** Хроническая гипоксия плода (зеленые воды, по данным амниоскопии).

**1.2. Тактика родоразрешения:**

1. В сроке беременности до 28 недель абдоминальное родоразрешение в интересах плода не оправдано, так как в большинстве случаев выхаживание глубоко недоношенного новорожденного с выраженными нарушениями гемодинамики проблематично.

2. В сроках гестации 28-32 недели вопрос о досрочном родоразрешении путем операции кесарева сечения в интересах плода решается в зависимости от жизнеспособности и возможности выхаживания конкретного недоношенного новорожденного.

3. После 32 недель гестации наиболее предпочтительным методом родоразрешения (при исключенной врожденной патологии) является операция кесарева сечения.

4. При родоразрешении в сроках гестации менее 35 недель проводится профилактика РДС.

## **2. РЕЗУС-КОНФЛИКТ**

### **2.1. Показания к досрочному прерыванию беременности:**

1. В любом сроке беременности при выявлении признаков тяжелой формы гемолитической болезни плода;

#### ***Критерии оценки:***

**а)** выраженные симптомы хронической гипоксии плода, по данным кардиотокографии и доплерометрии, а также биофизического профиля плода;

**б)** биохимические изменения в околоплодных водах: оптическая плотность билирубина выше 0,35 отн. ед., концентрация белка составляет 3,4-8 г/л, рН менее 7, наличие в них резус-антител;

**в)** наличие УЗИ признаков отечной формы гемолитической болезни плода: гепатоспленомегалия, асцит, универсальный отек (анасарка);

**г)** по данным амниоскопии - выраженное желтушное окрашивание околоплодных вод.

2. При выявлении признаков гемолитической болезни плода средней степени тяжести в сроке 32 недели и более.

#### ***Критерии оценки:***

**а)** умеренно выраженные симптомы хронической гипоксии плода, по данным кардиотокографии и доплерометрии, а также биофизического профиля плода;

- б) биохимические изменения в околоплодных водах: оптическая плотность билирубина повышена, но не превышает 0,34 отн. ед., концентрация белка 2,1-3,4 г/л, рН более 7, наличие резус-антител;
- в) по данным УЗИ имеются косвенные признаки гемолитической болезни плода: гепатоспленомегалия;
- г) по данным амниоскопии – имеет место желтушное окрашивание околоплодных вод.

3. При выявлении признаков гемолитической болезни плода легкой степени в сроке беременности 35 недель и более.

***Критерии оценки:***

- а) умеренно выраженные симптомы хронической гипоксии плода, по данным кардиотокографии и доплерометрии, а также биофизического профиля плода;
- б) биохимические изменения в околоплодных водах: оптическая плотность билирубина повышена, но не превышает 0,34 отн. ед., концентрация белка 2,1-3,4 г/л, рН более 7, наличие резус-антител;
- в) по данным УЗИ имеются косвенные признаки гемолитической болезни плода: гепатоспленомегалия;
- г) по данным амниоскопии – имеет место желтушное окрашивание околоплодных вод.

**2.2. Тактика родоразрешения:**

1. Для родоразрешения беременная госпитализируется в родовспомогательный стационар 3-го либо республиканского уровня.

2. При гемолитической болезни плода тяжелой степени родоразрешение следует проводить преимущественно через естественные родовые пути.

3. При гемолитической болезни плода средней и легкой степени тяжести вопрос о методе родоразрешения решается сугубо индивидуально с учетом

наличия сопутствующей генитальной и экстрагенитальной патологии и жизнеспособности плода.

### **3. ДРУГИЕ ПОКАЗАНИЯ СО СТОРОНЫ ПЛОДА**

#### **3.1. Ухудшение состояния плода при наличии другой акушерской патологии:**

**3.1.1.** Хроническая гипоксия плода (зеленые воды, по данным амниоскопии).

**3.1.2.** Снижение маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока, по данным доплерометрии.

**3.1.3.** Четкие и стойкие признаки кислородной недостаточности плода, по данным КТГ, которые не устраняются комплексной терапией:

- *длительная монотонность ритма;*
- *ранние выраженные децелерации;*
- *поздние децелерации.*

**3.2. При выявлении краснухи в первые 16 недель гестации женщина может прервать беременность.** Однако не все абортированные плоды оказываются инфицированными.

## **РАЗДЕЛ III. ПОРЯДОК ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ ДЛЯ ДОСРОЧНОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Показания для госпитализации в родовспомогательные стационары I-III уровня:**

1. Начавшийся аборт.
2. Аборт в ходу.
3. Пузырный занос.

**Показания для госпитализации в родовспомогательный стационар II уровня (в сроке гестации 37 недель и более):**

1. Предлежание плаценты без признаков кровотечения.
2. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
3. Гестоз легкой и средней степени тяжести.
4. Хориоамнионит.
5. Рубец на матке.
6. Неправильное положение плода.

**Показания к госпитализации в родовспомогательный стационар III уровня (в сроке гестации 22-37 недель):**

1. Шеечная беременность.
2. Предлежание плаценты с признаками кровотечения.
3. Внутриутробная инфекция или явления хориоамнионита.
4. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
5. Многоводие.
6. Антенатальная гибель плода.
7. Синдром внутриутробной задержки развития плода II-III степени.
8. Досрочное родоразрешение по поводу угрожающего состояния плода.
9. Планируемые роды через естественные родовые пути после перенесенной операции кесарева сечения.
10. Тяжелые формы гестоза.
11. Паритет родов более 3.
12. Длительный безводный период.
13. Синдром гиперстимуляции яичников.

**Показания к госпитализации в родовспомогательный стационар республиканского уровня:**

1. Криминальный аборт или подозрение на него.

2. Заболевания щитовидной железы с нарушением функции, тиреотоксикоз.
3. Сахарный диабет.
4. Сердечно-сосудистые заболевания с нарушением кровообращения (или при угрозе развития декомпенсации в родах).
5. Легочно-сердечная недостаточность.
6. Заболевания крови.
7. Патология гепато-биллиарной системы.
8. Заболевания мочевыделительной системы.
9. Патология костно-суставной системы.
10. Острый и подострый тромбофлебит у беременной.
11. Экстрагенитальный рак, рак шейки матки.
12. Свищи любой локализации.
13. Гестоз тяжелой степени, преэклампсия, эклампсия и ее осложнения.
14. HELLP-синдром.
15. Острый жировой гепатоз беременных.
16. Антифосфолипидный синдром.
6. Сепсис или подозрение на него.
17. Иммуноконфликтная беременность (изосенсибилизация по Rh-фактору, ABO-системе, HLA-системе и др.)