

Редакція:

01.09.2023

04.08.2023

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАКАЗ

від 29 грудня 2005 року N 782

Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги

Із змінами і доповненнями, внесеними
наказами Міністерства охорони здоров'я України
від 24 березня 2009 року N 182,
від 15 липня 2011 року N 417,
від 24 березня 2014 року N 205,
від 8 травня 2014 року N 310,
від 2 листопада 2015 року N 709,
від 4 серпня 2023 року N 1401

Наказ втратив чинність
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 28 лютого 2020 року N 590,
враховуючи зміни, внесені наказами Міністерства
охорони здоров'я України від 24 лютого 2021 року N 337,
від 31 серпня 2021 року N 1852,
від 26 серпня 2022 року N 1541)

На виконання доручення Президента України від 06.03.2003 N 1-1/152 п. а. 2 з метою уніфікації вимог до обсягів і якості надання акушерської та гінекологічної допомоги **наказую:**

1. Затвердити Клінічні протоколи з акушерської та гінекологічної допомоги:

1.1. Анемія у вагітних.

1.2. Затримка росту плода.

1.3. Передчасний розрив плодових оболонок.

1.4. Клінічно вузький таз.

1.5. Пункт 1.5 втратив чинність

(згідно з наказом Міністерства охорони
здоров'я України від 24.03.2014 р. N 205,
у зв'язку з цим підпункт 1.6 пункту 1
вважати відповідно підпунктом 1.5 пункту 1)

1.5. Медичний аборт.

2. Пункт 2 втратив чинність

(у зв'язку з втратою чинності наказом Міністерства
охорони здоров'я України від 15.12.2003 р. N 582 згідно з
наказом Міністерства охорони здоров'я України від
08.05.2014 р. N 310)

3. Вважати таким, що втратив чинність, клінічний протокол "Геморагічний шок в акушерстві",
затверджений наказом МОЗ України від 31.12.2004 N 676.

4. Вважати таким, що втратив чинність, клінічний протокол "Медичний аборт", затверджений
наказом МОЗ України від 15.12.2003 N 582.

4. Міністру охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, начальникам регіональних органів
охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій:

4.1. Забезпечити впровадження Клінічних протоколів, що додаються, в діяльність лікувально-
профілактичних закладів починаючи з 2006 року.

4.2. Організувати здійснення контролю надання акушерсько-гінекологічної допомоги у
відповідності до затверджених цим наказом клінічних протоколів.

5. Контроль за виконанням наказу покласти на заступника Міністра охорони здоров'я України
Ю. О. Гайдаєва.

Міністр

Ю. В. Поляченко

ЗАТВЕРДЖЕНО
наказом Міністерства охорони здоров'я
України
від 29 грудня 2005 р. N 782

КЛІНІЧНІ ПРОТОКОЛИ З АКУШЕРСЬКОЇ ТА ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Клінічні протоколи, затверджені цим наказом, розроблені відповідно до чинних нормативів
надання акушерсько-гінекологічної допомоги.

Використання клінічних протоколів в практичній діяльності лікаря дозволить стандартизувати
та уніфікувати діагностику і лікування, застосовувати методики лікування з доведеною
ефективністю, що знижують захворюваність і смертність пацієнта. Це дасть можливість
пацієнтам отримувати обґрунтовані діагностику та лікування, а лікарям застосовувати сучасні
методики, засновані на науково-доказових засадах.

Клінічні протоколи розроблені на основі науково-доказової медицини.

Науково-доказова медицина (НДМ) визначається як новітня технологія збору, аналізу, синтезу
та застосування наукової медичної інформації, яка дозволяє приймати оптимальні клінічні
рішення як з погляду допомоги хворому, так і з економічної ефективності. НДМ базується на

достовірних доведеннях, передбачає пошук, порівняння, узагальнення та широке поширення доказів з метою використання в інтересах хворого.

Метод узагальнення результатів декількох досліджень для потреб практичної охорони здоров'я отримав назву мета-аналізу, який дозволив вирішити клінічну проблему: порівняння стандарту для оцінки результатів лікування.

Одним із досягнень методології контрольованих досліджень стала розробка та послідовне застосування методів рандомізації (випадковий розподіл пацієнтів у групах порівняння).

Рівні доказовості:

1. Докази, що отримані у результаті рандомізованих контрольованих досліджень (РКД) або мета-аналізу, мають самий високий рівень - А.
2. Дослідження із застосуванням методу "випадок-контроль" або когортного дослідження чи добре спланованого контрольованого дослідження без рандомізації - рівень В.
3. Дослідження, отримані у результаті експертної оцінки або клінічного досвіду, - рівень С.

При організації надання діагностично-лікувальної акушерсько-гінекологічної допомоги використовуються методики та технології усіх рівнів з урахуванням поінформованої можливості пацієнта.

ЗАТРИМКА РОСТУ ПЛОДА

Шифр МКХ-10-P05

Малий для гестаційного віку (МГВ) плід відноситься до таких плодів, які не досягають специфічного біометричного або вагового порогу до відповідного гестаційного віку. Десята вагова перцентиль найбільш часто використовується для визначення МГВ. Тільки 10 % дітей з найнижчою масою відносяться до плодів, малих для гестаційного віку. Чим нижча перцентиль для визначення МГВ, тим більша імовірність затримки росту плода. При цьому низька маса плода не обов'язково пов'язана з затримкою його росту.

Затримка росту плода (ЗРП) - ускладнення вагітності, яке розвивається внаслідок плацентарної недостатності і призводить до народження дитини з масо-ростовими параметрами нижче 10-ої перцентилі для даного терміну вагітності.

Вагова перцентиль новонародженого і біометричних параметрів плода визначається за допомогою спеціальних діаграм (відповідність маси дитини при

Термін вагітності (тижні)

народженні і біометричних параметрів плода його гестаційному віку) - рис. 1 або табл. (табл. 1).

Рис. 1. Вагові перцентилі у відповідності до терміну вагітності

Примітка. 10 перцентиль та менше відповідає малим для гестаційного віку плодам;

50 перцентиль - середнім (нормальним) за масою плодам;

90 перцентиль та більше - великим для гестаційного віку плодам (імовірність крупного плода).

Таблиця 1. Центильна оцінка фізичного розвитку новонародженого

Довжина тіла, см	Значення перцентилей маси тіла, г		
	P10	P50	P90

Недоношений новонароджений			
34	898	1041	1205
35	1038	1199	1370
36	1178	1349	1526
37	1300	1483	1662
38	1403	1600	1791
39	1523	1737	1936
40	1645	1871	2072
41	1762	2008	2219
42	1885	2149	2359
43	2002	2289	2488
44	2131	2430	2627
45	2236	2552	2761
46	2325	2657	2893
Доношений новонароджений			
47	2500	2720	3070
48	2620	2880	3220
49	2750	3050	3410
50	2890	3220	3600
51	3030	3380	3780
52	3150	3530	3960
53	3270	3670	4120
54	3380	3800	4280
55	3450	3930	4460
56	3520	4040	4640
57	3550	4150	4840

Класифікація. Виділяють дві форми ЗРП:

- 1) **симетрична** - маса і довжина плода пропорційно знижені, всі органи рівномірно зменшені у розмірах;
- 2) **асиметрична** - зниження маси плода при нормальних показниках його довжини, непропорційними розмірами різних органів плода.

Фактори ризику ЗРП:

1. Медичні:

- хронічна артеріальна гіпертензія;
- цукровий діабет;
- системні захворювання сполучної тканини;
- тромбофілії;
- захворювання нирок;
- прееклампсія вагітних;
- багатоплідна вагітність;
- крововтрата під час вагітності;
- аномалії пуповини та розташування плаценти;
- перинатальні інфекції;
- ЗРП в анамнезі;
- хромосомні та генетичні порушення;
- медикаменти (варфарин, фенітоїн).

2. Соціально-економічні:

- недостатнє харчування;
- тютюнопаління, вживання алкоголю, наркотиків;
- забруднення навколишнього середовища;
- професійні шкідливості.

Діагностика.

Біометричні методи:

- **визначення висоти стояння дна матки (ВДМ)** у II - III триместрах вагітності на основі гравідограми (рис. 2). В нормі до 30 тижня приріст ВДМ складає 0,7 - 1,9 см на тиждень; в 30 - 36 тиж. - 0,6 - 1,2 см на тиж.; 36 і більше - 0,1 - 0,4 см. Відставання розмірів на 2 см або відсутність приросту протягом 2 - 3 тиж. при динамічному спостереженні дає підставу запідозрити ЗРП;

Термін вагітності (тижні)

Рис. 2. Гравідограма

- **ультразвукова фетометрія** включає визначення розмірів голівки, окружності живота та довжини стегна. При визначенні невідповідності одного або декількох основних фетометричних показників терміну вагітності проводиться розширена фетометрія та вираховуються співвідношення лобно-потиличного розміру до біпаріетального, окружності голівки до окружності живота, біпаріетального розміру до довжини стегна, довжини стегна до окружності живота. Найбільш цінним показником є прогнозована маса плода.

За даними УЗД виділяють три ступеня тяжкості ЗРП:

- I ступінь - відставання показників фетометрії на 2 тижні від гестаційного терміну;
- II ступінь - відставання на 3 - 4 тижні від гестаційного терміну;
- III - більше ніж на 4 тижні.

Фетометрія є інформативною з 20 тижня вагітності (А).

Моніторинг стану плода

Для діагностики функціонального стану плода використовуються наступні біофізичні методи:

- **біофізичний профіль плода (БПП)** - оцінюється сума балів окремих біофізичних параметрів (дихальні рухи плода, тонус плода, рухова активність плода, реактивність серцевої діяльності плода на нестресовий тест (НСТ), об'єм навколоплодових вод);

- **модифікований БПП** поєднує нестресовий тест з індексом амніотичної рідини.

Таблиця 2. Оцінка результатів визначення показників біофізичного профілю плода

Параметри	Бали		
	2	1	0
Дихальні рухи плода (ДРП)	Не менше одного епізоду ДРП тривалістю 60 сек. і більш за 30 хв. спостереження	Не менше одного епізоду ДРП тривалістю від 30 до 60 сек. за 30 хв. спостереження	ДРП тривалістю менше 30 сек. або їх відсутність за 3 хв. спостереження
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 сек., пов'язаних із рухами плода за 20 хвилин спостереження	2 - 4 акцелерацій ЧСС амплітудою не менше 15 уд./хв., тривалістю не менше 15 сек., пов'язаних із рухами плода за 20 хвилин спостереження	1 акцелерація або відсутність її за 20 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 б - задовільний стан плода; 5 - 6 б - сумнівний тест (повторити через 2 - 3 дні); 4 б і нижче - патологічна оцінка БПП (вирішити питання про термінове розродження)		

- доплерометрія швидкості кровотоку у артерії пуповини (відображає стан мікроциркуляції у плодовій частині плаценти, судинний опір якої відіграє основну роль у фетоплацентарній гемодинаміці) (А).

Діагностичні критерії:

Нормальний кровотік - високий діастолічний компонент на доплерограмі по відношенню до ізолінії, співвідношення амплітуди систоли до діастоли становить не більше 3.

Патологічний кровотік:

- *сповільнений кровотік* - зниження діастолічного компонента, співвідношення амплітуди систоли до діастоли становить більше 3;

- *термінальний кровотік* (свідчить про високу вірогідність антенатальної загибелі плода).

Нульовий - кровотік у фазі діастоли припиняється (на доплерограмі відсутній діастолічний компонент).

Негативний (реверсний, зворотний) - кровотік у фазі діастоли набуває зворотного напрямку (на доплерограмі діастолічний компонент нижче ізолінії).

Лише дані комплексного динамічного спостереження і, в першу чергу, акушерська ситуація дають можливість встановити діагноз та сформулювати план ведення.

Тактика ведення вагітності з ЗРП (див. алгоритм).

1. Лікування захворювань вагітної, які призводять до виникнення ЗРП.

2. Поетапне динамічне спостереження за станом плода:

2.1. При нормальних показниках біофізичних методів діагностики стану плода можливе амбулаторне спостереження та пролонгування вагітності до доношеного терміну.

2.2. Госпіталізація вагітної акушерського стаціонару III рівня надання медичної допомоги здійснюється за умови наявності наступних результатів дослідження БПП і/або доплерометрії кровотоку:

- патологічна оцінка БПП (4 бали і нижче);

- повторна (через добу) сумнівна оцінка БПП (5 - 6 б.);

- сповільнений діастолічний кровотік в артеріях пуповини;

- критичні зміни кровотоку в артеріях пуповини (нульовий та реверсний).

2.3. При сповільненому діастолічному кровотоці у артеріях пуповини проводять дослідження БПП:

- за відсутності патологічних показників БПП проводять повторну доплерометрію з інтервалом у 7 днів;

- при наявності патологічних показників БПП, проводять доплерометрію щонайменше 1 раз на 2 дні та БПП щоденно.

Оскільки немає ефективного методу лікування ЗРП та дистресу плода (А), ключовим моментом у веденні таких вагітних є чітка оцінка стану плода та своєчасне розродження (А).

3. Погіршення показників плодового кровотоку (виникнення постійного нульового або реверсного кровотоку в артеріях пуповини) у терміні після 30 тижнів є показанням для

розродження шляхом операції кесаревого розтину. У терміні до 30 тижнів вагітності, зважаючи на глибоку функціональну незрілість плода, велику імовірність перинатальних втрат, питання про спосіб розродження вирішується індивідуально залежно від акушерської ситуації та поінформованої згоди вагітної.

Пологи

1. Розродження *через природні пологові шляхи* проводять (під кардіомоніторним контролем за станом плода) при нормальному або сповільненому кровотоці у артеріях пуповини, якщо немає дистресу плода (оцінка БПП 6 б. і нижче).

2. Показанням для розродження *шляхом кесаревого розтину* є:

- критичні зміни кровоплину у артеріях пуповини (нульовий та реверсний) - екстрене дострокове розродження треба проводити незалежно від терміну вагітності;

- гострий дистрес плода (брадікардія менше 100 уд./хв. та патологічні децелерації ЧСС) незалежно від типу кровотоку (нормальний чи сповільнений) у артеріях пуповини під час вагітності;

- патологічний БПП (оцінка 4 б. і нижче) при відсутності біологічної зрілості шийки матки (після 30 тижнів вагітності).

Профілактика.

1. Виявлення факторів ризику ЗРП та проведення динамічного контролю за пацієнтами цієї групи вагітних.

2. Дотримання вагітною режиму дня та раціональне харчування.

3. Відмова від шкідливих звичок (тютюнопаління, вживання алкоголю тощо).

Рис. Алгоритм акушерської тактики при ЗРП

ПЕРЕДЧАСНИЙ РОЗРИВ ПЛОДОВИХ ОБОЛОНОК

Шифр МКХ-10: О42

Передчасний розрив плодових оболонок (ПРПО) - це спонтанний їх розрив до початку пологової діяльності у строки вагітності від 22 до 42 тижнів. Спостерігається у 10 - 15 % пологів.

О42 Передчасний розрив плодових оболонок

О42.0 Передчасний розрив плодових оболонок в межах 24 годин до початку пологів

О42.1 Передчасний розрив плодових оболонок, початок пологів після 24-годинного безводного періоду

О42.2 Передчасний розрив плодових оболонок, затримка пологів, пов'язана з проведенням терапії

О42.9 Передчасний розрив плодових оболонок, не уточнений

1. Ведення вагітних з підозрою на ПРПО.

1.1. Госпіталізація в акушерський стаціонар III рівня надання медичної допомоги з 22 до 34 тижнів вагітності.

Перед переводом вагітної з акушерських стаціонарів I - II рівнів до закладів III рівня надання медичної допомоги проводять зовнішнє акушерське обстеження, огляд шийки матки у

дзеркалах та аускультатию серцебиття плода; при підтвердженому ПРПО - розпочинають профілактику респіраторного дистрес-синдрому внутрішньом'язевим введенням 6 мг дексаметазону з вказанням у направленні дози та часу його введення.

З 35 тижнів вагітності розродження може проводитися у закладах II рівня надання медичної допомоги, за необхідності - з викликом консультанта із закладу охорони здоров'я вищого рівня надання медичної допомоги.

1.2. Основні етапи обстеження у стаціонарі при госпіталізації:

- встановлення гестаційного терміну;
- визначення орієнтовного часу розриву плодових оболонок за даними анамнезу;
- діагностика наявності пологової діяльності зовнішніми методами;
- огляд шийки матки у дзеркалах.

Внутрішнє акушерське дослідження за відсутності пологової діяльності та протипоказань до очікувальної тактики ведення вагітної не проводиться (А);

- підтвердження ПРПО лабораторними методами у сумнівних випадках;
- УЗД з визначенням обсягу амніотичної рідини;
- бактеріоскопічне дослідження піхвових виділень з фарбуванням мазків за Грамом.

2. Діагностика (підтвердження) ПРПО

2.1. Огляд шийки матки в дзеркалах - візуально встановлюється вилиття амніотичної рідини із каналу шийки матки.

2.2. У разі утруднень у встановленні діагнозу у сумнівних випадках проводять диференціальну діагностику навколоплодових вод з сечею, підвищеною секрецією вагінальних і цервікальних залоз перед пологами з використанням одного або декількох нижченаведених тестів:

- **Нітразиновий тест** - декілька краплин рідини, взятої з піхви, наносять на смужку нітразинового паперу. За умови наявності амніотичної рідини папір забарвлюється у темно-синій колір (В).

- **"Тест папороті"** - феномен утворення візерунку листа папороті (арборизації). Ватним тампоном забирають матеріал з ділянки зовнішнього вічка цервікального каналу, тонким шаром наносять на чисте предметне скло після чого препарат висушують на повітрі протягом 5 - 7 хвилин. Препараті проглядають під мікроскопом при малому збільшенні. Виявлення кристалізації у вигляді листка папороті або деревовидної структури є підтвердженням наявності навколоплодових вод. Лист папороті, який утворюється при арборизації амніотичної рідини, має більше гілочок, ніж при арборизації цервікального слизу. "Тест папороті" вважається більш точним, ніж нітразиновий (В).

- **Цитологічний тест** - виявлення клітин навколоплодових вод у мазку з піхви дає менше хибних результатів, ніж нітразиновий тест, і може бути найбільш точним для підтвердження діагнозу (В).

- **Визначення рН за допомогою тест-смужки:** навколоплодові води мають лужну реакцію (рН 7,0 - 7,5), а піхвовий вміст в нормі - кислу (рН 4,0 - 4,4). Стерильним ватним тампоном забирають матеріал з ділянки зовнішнього вічка цервікального каналу, наносять на тест-смужку. Забарвлення смужки у синьо-зелений (рН 6,5) або синій колір (рН 7,0) свідчить про наявність в

досліджуваному матеріалі навколоплодових вод. Хибнопозитивні результати можливі при попаданні крові, сечі або антисептиків.

- *Дослідження мазків з піхвового вмісту за методикою Л. С. Зейванг.* На предметне скло наносять 1 - 2 краплини піхвового вмісту і додають одну-дві краплини 1 %-ого водного розчину еозину з наступним переглядом у світлооптичному мікроскопі при малому збільшенні. При вилитті навколоплодових вод у досліджуваній рідині серед яскраво-рожевих епітеліальних клітин піхви та еритроцитів виявляють скупчення незафарбованих без'ядерних клітин епідермісу плода, які не сприймають фарбу внаслідок того, що вкриті першородною змазкою (В).

2.3. Ультрасонографія - якщо виявлена достатня кількість амніотичної рідини, діагноз передчасного розриву плодових оболонок є сумнівним (А).

У разі виявлення маловоддя та за умови хоча б одного позитивного тесту на навколоплодові води встановлюється діагноз ПРПО (В).

Спонтанна пологова діяльність (без спроб індукції пологової діяльності) за умови доношеної вагітності розвивається у 70 % вагітних протягом перших 24 годин від моменту констатації розриву плодових оболонок, а у 90 % - в перші 48 годин (В). Очікувальна тактика у цих випадках за відсутності клінічних проявів інфекції та своєчасної антибіотикопрофілактики не підвищує частоту гнійно-запальних ускладнень у матері і у новонародженого (А).

3. Ведення вагітних із передчасним розривом плодових оболонок

Обирається індивідуальна тактика ведення залежно від терміну вагітності, супутньої патології, акушерської ситуації, акушерсько-гінекологічного анамнезу.

У всіх випадках пацієнтка та її родина мають отримати докладну інформацію про стан вагітної та стан плода, переваги і можливу небезпеку того чи іншого способу подальшого ведення вагітності з отриманням письмової згоди пацієнтки.

Очікувальна тактика (без індукції пологової діяльності) може бути обрана:

- у вагітних з низьким ступенем прогнозованого перинатального і акушерського ризику (А);
- при задовільному стані плода;
- при відсутності клініко-лабораторних ознак хоріоамніоніту (підвищення температури тіла $\geq 38^{\circ}\text{C}$, запах навколоплодових вод, серцебиття плода ≥ 170 уд./хв.; наявність двох або більше симптомів дає підставу для встановлення діагнозу хоріоамніоніту);
- при відсутності ускладнень після вилиття навколоплодових вод (випадіння петель пуповини, відшарування плаценти та інших показань для ургентного розродження).

У разі вибору очікувальної тактики в акушерському стаціонарі необхідно проводити:

- вимірювання температури тіла вагітної та пульсометрію двічі на добу (С);
- визначення кількості лейкоцитів у периферичній крові залежно від клінічного перебігу, але не рідше ніж 1 раз на три доби (С);
- бактеріоскопічне дослідження виділень із піхви 1 раз на три доби (з підрахунком кількості лейкоцитів у мазку) (С);
- спостереження за станом плода методом аускультатії двічі на добу та, за необхідності, запису КТГ не рідше 1 разу на добу з 32 тижнів вагітності (В);

- попередження вагітної про необхідність самостійного проведення тесту рухів плода та звертання до чергового лікаря у разі змін рухової активності плода (дуже повільні або занадто бурхливі);

- профілактичне введення напівсинтетичних пеніцилінів або цефалоспоринов II генерації у середніх терапевтичних дозах з моменту госпіталізації протягом 5 - 7 діб за відсутності ознак інфекції у матері (А).

3.1. Термін вагітності 22 - 25 тижнів:

- спостереження за станом матері та плода без проведення внутрішнього акушерського дослідження проводиться в умовах акушерського стаціонару III рівня надання медичної допомоги;

- антибактеріальна терапія з моменту госпіталізації в акушерський стаціонар (А).

3.2. Термін вагітності 26 - 34 тижні:

- спостереження за станом матері та плода без проведення внутрішнього акушерського дослідження проводиться в умовах акушерського стаціонару III рівня надання медичної допомоги;

- антибактеріальна терапія з моменту госпіталізації в акушерський стаціонар (А);

- профілактика респіраторного дистрес-синдрому плода (А).

3.2.1. Профілактика респіраторного дистрес-синдрому плода проводиться внутрішньом'язевим введенням дексаметазону по 6 мг кожні 12 годин (на курс 24 мг) або бетаметазону по 12 мг кожні 12 години (на курс 24 мг). Повторні курси профілактики не проводяться (А).

3.3. Термін вагітності 35 - 36 тижнів:

- можлива очікувальна та активна тактика;

- при задовільному стані матері та плода і відсутності показань до оперативного розродження спостереження проводиться без проведення внутрішнього акушерського дослідження у закладах охорони здоров'я II - III рівня надання медичної допомоги;

- антибактеріальна терапія починається після 18 годин безводного проміжку (А);

- за умови відсутності розвитку спонтанної пологової діяльності через 24 години проводиться внутрішнє акушерське дослідження;

- при зрілій шийці матки індукція родової діяльності починається зранку (не раніше 6 год.) окситоцином або простагландинами (В);

- при незрілій шийці матки проводиться підготовка до пологів інтравагінальним введенням простагландину E₂ (А);

- за наявності показань проводиться розродження шляхом операції кесаревого розтину (А).

3.4. Термін вагітності 37 - 42 тижні:

- при відсутності спонтанної пологової діяльності через 24 години проводиться внутрішнє акушерське дослідження;

- при зрілій шийці матки проводиться індукція родової діяльності зранку (не раніше 6 год.) окситоцином або простагландином F₂ (В);

- при незрілій шийці матки підготовка до пологів проводиться інтравагінальним введенням простагландину E₂ (А);

при наявності показань розродження проводять шляхом операції кесаревого розтину (А).

4. Тактика ведення вагітних при наявності інфекційних ускладнень.

У разі розвитку хоріоамніоніту показано завершення вагітності.

У лікувальному режимі призначають цефалоспорины III - IV генерації і метронідазол (або орнідазол) за 30 хвилин до введення цефалоспоринів (А).

Метод розродження визначається терміном вагітності, станом вагітної та плода, акушерською ситуацією.

У випадку оперативного розродження проводиться інтенсивна антибактеріальна терапія (2 антибіотики і метронідазол або орнідазол) у лікувальному режимі не менше 7 діб (С).

КЛІНІЧНО ВУЗЬКИЙ ТАЗ

Шифр МКХ-10: О65

Клінічно вузьким тазом називають усі випадки функціональної невідповідності між голівкою плода та тазом матері незалежно від їх розмірів.

О65 Утруднені пологи внаслідок аномалії таза у матері

О65.0 Утруднені пологи внаслідок деформації таза

О65.1 Утруднені пологи внаслідок загальнорівномірнорозвуженого таза

О65.2 Утруднені пологи внаслідок звуження входу до таза

О65.3 Утруднені пологи внаслідок звуження виходу та середнього діаметра таза

О65.4 Утруднені пологи внаслідок невідповідності розмірів таза і плода не уточнені

О65.5 Утруднені пологи внаслідок аномалії органів таза у матері

О65.8 Утруднені пологи внаслідок інших аномалій таза у матері

О65.9 Утруднені пологи внаслідок аномалії таза у матері не уточнені

Анатомічно вузький таз є головною причиною виникнення в пологах клінічно (функціонально) вузького таза.

Не мають прогностичного значення (А):

- визначення невідповідності розмірів голівки плода і таза матері до початку пологів на основі зросту матері, розміру її ступні;

- проведення клінічної або рентгенологічної пельвеометрії, в тому числі і комп'ютерної томопельвеометрії;

- високе стояння голівки плода перед пологами;

- індекс Солов'йова, ромб Міхаеліса, зовнішнє і внутрішнє акушерське дослідження;

- УЗД.

Не існує надійного способу для точного прогнозування до пологів невідповідності розмірів таза матері та голівки плода. Самі пологи при головному передлежанні плода є найкращим

тестом на таку відповідність. Цей діагноз виставляється лише у пологах (А).

Фактори ризику виникнення клінічно вузького таза:

- анатомічно вузький таз;
- великий плід;
- розгинальні передлежання голівки плода;
- переношена вагітність;
- гідроцефалія у плода;
- пухлини і вади розвитку плода;
- пухлини і вади розвитку таза матері;
- пухлини органів малого таза.

За наявності чинників ризику виникнення клінічно вузького таза особлива увага у пологах приділяється веденню партограми.

Умови діагностики клінічно вузького таза:

- розкриття шийки матки більше 8 см;
- відсутність плідного міхура;
- випорожнений сечовий міхур;
- нормальна скоротлива діяльність матки.

Діагностичні ознаки клінічно вузького таза:

- 1) відсутність поступального руху голівки при повному розкритті шийки матки та нормальній пологовій діяльності;
- 2) симптом Вастена врівень або позитивний (розмір Цангемейстера більше, ніж кон'югата екстерна);
- 3) недостатнє прилягання шийки матки до передлеглої голівки плода;
- 4) високе розташування контракційного кільця;
- 5) поява потуг при високому розташуванні голівки плода;
- 6) набряк шийки матки з можливим поширенням на піхву і зовнішні статеві органи;
- 7) симптоми здавлення сечового міхура.

За наявності двох чи більше ознак встановлюється діагноз клінічно вузького таза.

Акушерська тактика

Діагноз клінічно вузького таза є показанням до негайного розродження шляхом операції кесаревого розтину.

За умови загибелі плода розродження проводиться шляхом плодоруйнівної операції.

Акушерські щипці та вакуум-екстракція плода при клінічно вузькому тазі протипоказані.

ГЕМОРАГІЧНИЙ ШОК В АКУШЕРСТВІ

Клінічний протокол втратив чинність
(згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 24 березня 2014 року N 205)

Додаток N 1

Методи визначення величини крововтрати

1. Метод Лібова

Об'єм крововтрати визначається після зважування серветок, які просочені кров'ю

Об'єм крововтрати = $V/2 \times 15\%$ (при крововтраті менше 1000 мл)
або $\times 30\%$ (при крововтраті більше 1000 мл)

де V - вага серветок, 15 % і 30 % - величина помилки на навколоплодові води, дезрозчини.

2. Формула Нельсона

Процентне співвідношення загального об'єму крововтрати розраховується наступним чином:

$$\frac{0,036 \times \text{вихідний об'єм крові}}{\text{маса тіла}} \times \text{гематокрит}$$

$$\text{Вихідний об'єм крові (мл/кг)} = \frac{24}{0,86 \times \text{вихідний гематокрит}} \times 100$$

3. Шоковий індекс Альговера

$$\text{Шоковий індекс} = \frac{\text{ЧСС}}{\text{АТ с,}}$$

де ЧСС - частота серцевих скорочень
АТ с - систолічний артеріальний тиск

У нормі індекс Альговера = 1.

За величиною індексу можна зробити висновки про величину крововтрати

Індекс Альговера	Об'єм крововтрати (у % від ОЦК)
0,8 і менше	10 %
0,9 - 1,2	20 %
1,3 - 1,4	30 %
1,5 і більше	40 %

Примітка. Індекс Альговера не інформативний у хворих з гіпертонічною хворобою.

4. Гематокритний метод Moore

$$KB = \text{ОЦК (н)} \times (\text{ГТ (н)} - \text{ГТ (ф)}) / \text{ГТ (н)}$$

КВ - крововтрата
ОЦК (н) - нормальний ОЦК
ГТ (н) - гематокрит у нормі (у жінок - 42)
ГТ (ф) - гематокрит фактичний, визначений після зупинки кровотечі та стабілізації гемодинаміки.

Для орієнтовного визначення об'єму крововтрати у вагітних можливо використання модифікованої формули Moore:

КВ

=

M75 ·

Нтвих - Нтф

Нтвих

де: КВ - крововтрата (мл); М - маса тіла вагітної (кг); Нтвих - вихідний гематокрит хворої (л/л), Нтф - фактичний гематокрит хворої (л/л).

Додаток N 2

Основні принципи відновлення ОЦК

Інфузійно-трансфузійна терапія акушерської крововтрати (Клигуненко О. М., 2002 р. з додатками)

Об'єм крововтрати			Загальний об'єм трансфузії (у % до деф. ОЦК)	Інфузійно-трансфузійні серед				
деф. ОЦК	% від маси тіла	крововтрата (мл)		Кристаліди (0,9 % р-н NaCl, р-н Рінгера, інші)	Колоїди			
					синтетичні	натуральні		
					Рефортан, гелофузин* та інші	Свіжозаморожена плазма	Альбум (10 - 2 %)	
10 - 20 %	1 - 15 %	500,0 - 1000,0	200 - 300 (до 2,5 л)	10 - 15 мл/кг	10 мл/кг	-	-	
20 - 30 %	1,5 - 2,0 %	1000,0 - 1500,0	200 (до 3 л)	10 мл/кг	10 мл/кг	5 - 10 мл/кг	-	
30 - 40 %	2,0 - 2,5 %	1500,0 - 2000,0	180 (до 4 л)	7 мл/кг	7 мл/кг	10 - 15 мл/кг	200 м	
40 - 70 %	2,5 - 3,6 %	2500,0 - 3000,0	170 (до 5 л)	7 мл/кг	10 - 15 мл/кг	15 - 20 мл/кг	200 м	
Понад 70 %	Понад 3,6 %	Понад 3000,0	150 (понад 6 л)	До 10 мл/кг	До 20 мл/кг	Понад 20 мл/кг	Понад 200 м	

Примітки:

* - модифікований рідкий желатин (Гелофузин) не рекомендується використовувати у вагітних з прееклампсією, у цих випадках перевагу надають похідним гідроксиетилкрохмалю (рефортан, стабізол).

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

МЕДИЧНИЙ АБОРТ

Клінічний протокол втратив чинність

(Клінічний протокол із змінами, внесеними згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 24.03.2009 р. N 182, втратив чинність згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 04.08.2023 р. N 1401)

АНЕМІЯ У ВАГІТНИХ

Шифри МКХ-10: D50 - D64

Анемія - патологічний стан, що характеризується зменшенням кількості еритроцитів та/або вмісту гемоглобіну в одиниці об'єму крові.

Класифікація

1. *За етіологією* (ВООЗ, 1992)

Анемії, пов'язані з харчуванням:

- Залізодефіцитна (D50)
- В₁₂-дефіцитна (D51)
- Фолієводефіцитна (D52)
- Інші, пов'язані з харчуванням (D53)

Гемолітичні анемії:

- Внаслідок ферментних порушень (D55)
- Таласемія (D56)
- Серпоподібні порушення (D57)
- Інші спадкові гемолітичні анемії (D58)
- Набута гемолітична анемія (D59)

Апластичні анемії:

- Набута чиста червоноклітинна аплазія (еритробластопенія) (D60)
- Інші апластичні анемії (D61)
- Гостра постгеморагічна анемія (D62)

Анемії при хронічних хворобах (D63)

- новоутвореннях (D63.0)
- інших хронічних хворобах (D63.8)

Інші анемії (D64)

2. *За ступенем тяжкості** (ВООЗ, 1991)

Ступінь тяжкості	Концентрація гемоглобіну (г/л)	Гематокрит (%)
Легкий	109 - 90	37 - 31
Середній	89 - 70	30 - 24
Тяжкий	69 - 40	23 - 13
Дуже тяжкий	<40	<13

* Наведені критерії тяжкості анемії рекомендовані виключно для вагітних жінок.

Переважає більшість випадків анемії у вагітних - це залізодефіцитна анемія (90 %), половина з них має поєднаний залізо- і фолієводефіцитний генез. Решта видів анемії зустрічається у вагітних відносно рідко.

Залізодефіцитна анемія (ЗДА)

Розділ виключено

(розділ із змінами, внесеними згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 15.07.2011 р. N 417, виключено згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 02.11.2015 р. N 709)

Фолієводефіцитна анемія

1. Преконцепційна підготовка.

1.1. Повноцінне харчування з достатнім вмістом зелених овочів.

1.2. Призначення жінці, що планує вагітність, фолієвої кислоти 0,4 мг/добу у другій половині кожного менструального циклу.

2. Чинники ризику.

2.1. Гемоліз будь-якого генезу.

2.2. Багатопліддя.

2.3. Постійний прийом протисудомних препаратів.

2.4. Стан після резекції значної частини тонкого кишечника.

3. Профілактика.

3.1. Додатковий прийом фолієвої кислоти по 0,4 мг/добу показаний усім вагітним, починаючи з самих ранніх термінів (А).

3.2. Вживання достатньої кількості фруктів та овочів, багатих на фолієву кислоту (шпинат, спаржа, салат, брокколі, капуста, картопля, помаранчі, диня тощо) у сирому вигляді (оскільки під час термічної обробки більша частина фолатів втрачається).

3.3. Прийом великої дози фолієвої кислоти (3 - 5 мг/добу) упродовж усієї вагітності, якщо жінка постійно приймає антиконвульсанти або інші антифолієві засоби (сульфасалазин, тріамтерен, зидовудин, ін.).

4. Діагностика.

4.1. Виявлення макроцитів, анізо- та пойкилоцитозу у мазку крові.

4.2. Встановлення дефіциту фолієвої кислоти в еритроцитах.

5. Лікування.

Призначення фолієвої кислоти 1 - 5 мг/добу.

6. Прикінцеві положення.

✓ Потреба у фолієвій кислоті від самого початку вагітності зростає у 2,5 - 3 рази і сягає 0,6 - 0,8 мг/добу.

✓ Додатковий прийом фолієвої кислоти під час вагітності зменшує частоту дефіциту фолатів та анемії, але не впливає на перебіг вагітності, родів, стан плода і новонароджених (А).

✓ Додатковий прийом фолієвої кислоти жінками у преконцепційному періоді та у I триместрі вагітності веде до зниження частоти вроджених вад розвитку ЦНС у 3,5 рази у порівнянні з загальнопопуляційною (А). Прийом фолієвої кислоти, розпочатий після 7 тижнів вагітності, не впливає на частоту дефектів невральної трубки (А).

Інші види анемії

В12-дефіцитна анемія

1. Причина - недостатність синтезу внутрішнього фактору Касла, необхідного для всмоктування вітаміну В12 (це спостерігається після резекції або видалення шлунку, при автоімунному гастриті); порушенням процесів всмоктування у клубовій кишці (неспецифічний виразковий коліт, хвороба Крона, гельмінтози, стан після резекції клубової кишки); недостатнім вмістом вітаміну В12 у їжі (відмова від тваринних продуктів). В12-дефіцитна анемія є макроцитарною, гіперхромною і супроводжується неврологічною симптоматикою.

2. Діагностика базується на визначенні вмісту вітаміну В12 (знижується до 50 пг/мл і нижче) за наявності в крові гіперхромних макроцитів.

3. Лікування. Призначають ціанокобаламін і 1000 мкг внутрішньом'язово 1 раз на тиждень упродовж 5 - 6 тижнів.

Таласемія

1. Спадково обумовлена (автосомно-рецесивний тип) кількісна недостатність синтезу α - або β -ланцюга молекули гемоглобіну. В Україні зустрічається надзвичайно рідко.

2. У разі легкої форми α -таласемії вагітність перебігає без ускладнень, лікування не проводять. Тяжкі форми вимагають призначення препаратів заліза per os, нерідко трансфузії еритроцитарної маси.

3. Особлива форма α -таласемії, що розвивається за умови мутації усіх чотирьох α -глобінінових генів, майже завжди призводить до водянки плода і зрештою до його внутрішньоматкової загибелі. Ця форма також асоціюється з частим розвитком прееклампсії.

4. Якщо α -таласемія супроводжується спленомегалією, розродження проводять шляхом кесаревого розтину, в усіх інших випадках - через природні родові шляхи.

5. Легкі форми α -таласемії зазвичай не перешкоджають виношуванню вагітності. Остання перебігає без ускладнень. Лікування передбачає призначення фолієвої кислоти, інколи виникає необхідність у трансфузії еритроцитарної маси. Хворі з тяжкою α -таласемією не доживають до дітородного віку.

Гемолітичні анемії

1. Зумовлені посиленням руйнування еритроцитів, яке не компенсується активацією еритропоезу. До них відносяться серпоподібноклітинна анемія, що є проявом спадково обумовленої структурної аномалії α -ланцюга молекули гемоглобіну; спадковий мікросфероцитоз - аномалія структурного білка мембран еритроцитів - спектрину; анемії, обумовлені вродженими ферментативними порушеннями, найчастіше недостатністю глюкозо-6-фосфатдегідрогенази еритроцитів.
2. Вагітні з гемолітичними анеміями в усіх випадках потребують кваліфікованого ведення спеціалістом гематологом. Рішення щодо можливості виношування вагітності, характеру лікування, терміну і способу розродження вирішує гематолог.
3. Призначення препаратів заліза протипоказане.

Апластична анемія

1. Трапляється у вагітних достатньо рідко, причина у більшості випадків залишається невідомою.
2. Діагноз встановлюють на підставі морфологічного дослідження пунктату кісткового мозку.
3. Вагітність протипоказана і підлягає перериванню як у ранньому, так і у пізньому терміні. У разі розвитку або виявлення апластичної анемії після 22 тижнів вагітності показане дострокове розродження.
4. Хворі складають групу високого ризику щодо геморагічних та септичних ускладнень. Високою є материнська смертність, дуже часті випадки антенатальної загибелі плода.

Додаток

ПРЕПАРАТИ ЗАЛІЗА

І. Для перорального застосування

Торгова назва	Лікарська форма	Вміст заліза елементарного (мг)	Пролонговані	Аскорб. кислота	Амінокислоти/ поліпептиди	Фол к-
Іонні						
Заліза сульфат (Fe^{2+})						
Актиферин	Капс. Краплі Сироп Р-н	34,5 95/10 мл 34/10 мл 9,8/мл	-	-	+	.
Сорбіфер Дурулес	Табл.	100	+	+	-	.
Тардиферон	Табл.	80	+	+	+	.
Гіно-Тардиферон	Табл.	80	+	+	+	-
Фенотек	Капс.	45	-	+	+	.

Фероплект	Табл.	10	-	+	-	.
Ферофол	Табл.	30	-	+	-	.
Ферроградумет	Табл.	105	+	-	-	.
Ферроплекс	Драже	10	-	+	-	.
<i>Заліза глюконат (Fe^{2+})</i>						
Мегаферин	Табл. шипучі	80				
Плюс залізо + С	Табл. шипучі	35	-	+	+	.
Тотема	Р-н	50/10 мл	-	-	-	.
Ферронал	Табл.	300	-	-	-	.
<i>Заліза хлорид (Fe^{2+})</i>						
Гемофер	Р-н	45 мг/мл	-	-	-	.
<i>Заліза фумарат (Fe^{2+})</i>						
Вітафер	Капс.	?	-	+	-	.
Глобірон-Н	Капс.	100	-	-	-	.
Ранферон-12	Капс. Еліксир	100 41/5 мл	-	+	-	.
Хемсі	Капс.	65	-	-	-	.
Хеферол	Капс.	100	-	-	-	.
<i>Заліза сахарат (Fe^{3+})</i>						
Залізне вино	Р-н	40/10 мл	-	+	-	.
<i>Заліза аспарагінат (Fe^{3+})</i>						
Феррамін-Віта	Табл.	60	-	-	-	.
Неіонні						
<i>Гідроксидно-карбоксиметилцелюлозний комплекс (Fe^{3+})</i>						
Феростат	Табл.	28	-	-	-	.
<i>Гідроксидно-полімальтозний комплекс (Fe^{3+})</i>						
Біофер	Табл. жув.	100	-	-	-	.
Глобірон	Сироп	50/5 мл	-	-	-	.
Мальтофер	Краплі Сироп Табл. жув.	50/мл 10/мл 100	-	-	-	.

Мальтофер Фол	Табл. жув.	100	-		-	-
Ферролек-Здоров'я	Амп.	50 (2 мл)	-	-	-	-
Феррум Лек	Сироп Табл. жув.	10/мл 100	-	-	-	-

II. Для парентерального застосування

Торгова назва	Склад	Лікарська форма	Вміст заліза (мг/мл)
Венофер	Комплекс гідроксиду заліза з сахарозою	Амп. 5 мл	20
Мальтофер	Комплекс гідроксиду заліза з мальтозою	Амп. 2 мл	50
Ферролек-плюс	Комплекс гідроксиду заліза та низькомолекулярного декстрану	Амп. 2 мл	50