

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

№153 а-§2

08.08.2018 г.

«О регионализации перинатальной помощи в Актюбинской области»

В соответствии со ст.4, 7, 97 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа в системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года № 193 – IV и Приказом МЗ РК №173 от 16.04.2018 года «Об утверждении стандарта организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан и признании утратившим силу некоторых приказов МЗРК», с целью повышения качества, доступности и дальнейшего совершенствования медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным в Актюбинской области

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Перинатальную помощь оказывать согласно следующим уровням регионализации:

1.1. Первый уровень – родильные отделения центральных районных больниц (далее – ЦРБ) Алгинского, Айтекебийского, Байганинского, Иргизского, Каргалинского, Кобдинского, Мартукского, Темирского, Уилского, Хромтауского районов, родильные отделения районной больницы г. Эмба, Кенкиякской сельской больницы.

1.2. Второй уровень – родильные отделения ГКП на ПХВ «Каргалинская городская больница», Мугалжарской и Шалкарской ЦРБ.

1.3. Третий уровень – ГКП на ПХВ «Областной перинатальный центр» г. Актобе, родильное отделение ГКП на ПХВ «Актюбинский медицинский центр», по неонатальной части ГКП на ПХВ «Городская детская клиническая больница», «Детский стационар АМЦ».

2. При наличии у беременной в сроке до 36 недель доминирующей экстрагенитальной патологии и отсутствии или незначительной выраженности акушерских и гинекологических осложнений госпитализацию осуществлять в профильные специализированные медицинские организации или отделения многопрофильных больниц по показаниям в соответствии с клиническими протоколами, при их отсутствии – по решению консилиума врачей.

3. Беременные в сроке до 36 недель, нуждающихся в экстренной неотложной госпитализации в связи с острой абдоминальной хирургической, тяжелой неврологической и терапевтической патологией госпитализировать не зависимо от ургентности профильных отделений:

3.3. в сроке до 21 недели + 5 дней беременности – в БСМП

3.4. в сроке 21 недели + 6 дней и послеродовом периоде – в АМЦ

Территория прикрепления и показания для госпитализации в учреждения III уровня регионализации

ГКП на ПХВ «Областной перинатальный центр»

Беременные, роженицы с осложнениями течения беременности в сроке от 22 недель из территорий городских поликлиник №2, №3, №5, №6, «АО КДЦ», АФ «МСТ» ЖДБ, «Медикус Центр», Каргалинская ГБ, ЧМУ «Амансаулык», «Медикер-Илек», «Куаныш», а также – ЦРБ Айтекебийского, Алгинского, Хромтауского, Каргалинского, Темирского, Байганинского, Шалкарского, Мугалжарского, Иргизского районов, Эмбинской РБ), кроме женщин имеющих субкомпенсированные и декомпенсированные экстрагенитальные заболевания.

Недоношенные новорожденные с гестационным сроком до **34 недель + 6 дней**, требующие дальнейшего лечения и(или)выхаживания из всех родовспомогательных организаций города и области, кроме родильного отделения АМЦ.

Территория прикрепления и показания для госпитализации в учреждения III уровня регионализации

ГКП на ПХВ «Актюбинский медицинский центр»

(корпус родовспоможения)

Беременные, роженицы в сроке от 22 недель с осложнениями течения беременности (исключены ЭГЗ до 36 нед без осложнения беременности) из территорий поликлиник №1, №4, «Клиники семейной медицины», МЦ «Клиника Дару», МЦ «Евразия», МЦ «Алия», поликлиника АРГУ им.К. Жубанова, ЦРБ Уилского, Хобдинского, Мартукского районов и близ лежащих поселков Алгинского района (п. Каракудык, Маржанбулак, Березовка), а так же независимо от территориального прикрепления при наличии субкомпенсированного и декомпенсированного ЭГЗ в сроке 36 нед и больше. Родильницы с новорожденными, переводимые из 1 и 2 уровней по состоянию женщины.

Территория прикрепления и показания для госпитализации в учреждения III уровня регионализации

Отделение патологии новорожденных

ГКП на ПХВ «Городская детская клиническая больница»

- новорожденные с гестационным сроком более 34 недель + 6 дней из родовспомогательных организаций 1-го, 2-го уровней и дома, с сохраняющейся неврологической или другой соматической симптоматикой либо инфекционными заболеваниями перинатального периода со всей области

Отделение хирургии детского стационара АМЦ:

- новорожденные с врожденными пороками развития, требующие срочной хирургической помощи (после консультации детского хирурга) со всей области

Показания для госпитализации беременных в родовспомогательные организации по уровням регионализации перинатальной помощи

1 уровень

с 37 недель беременности:

- ☐ ложные схватки, срочные роды;
- ☐ преждевременный разрыв плодных оболочек;
- ☐ гестационная гипертензия легкая;
- ☐ хроническая артериальная гипертензия легкая;
- ☐ умеренная анемия;
- ☐ тазовое предлежание плода;
- ☐ миомэктомия без вскрытия полости матки в анамнезе и без патологии и осложнений после операций, первое плановое кесарево сечение

P.S.: Беременных, находящихся в городе и подлежащих на родоразрешение на 1 уровень – госпитализировать в КГБ.

Показания для госпитализации беременных в родовспомогательные организации по уровням регионализации перинатальной помощи

2 уровень

с 34 недель беременности:

- ☐ ложные схватки;
- ☐ преждевременные роды в сроки 34-36 недель;
- ☐ преждевременный разрыв плодных оболочек;
- ☐ гестационная гипертензия умеренной степени
хроническая артериальная гипертензия умеренной степени;
- ☐ преэклампсия легкой степени;
- ☐ тяжелая анемия;
гестационный сахарный диабет компенсированный
тазовое предлежание плода;
- ☐ экстрагенитальные заболевания в стадии ремиссии, в т.ч. ожирение 1-2;
- ☐ одна операция кесарево сечение резус- отрицательная кровь без иммунизация и признаков гемолитической болезни плода;
- ☐ антенатальная гибель плода без коагулопатии;
- ☐ **P.S.: Беременных, находящихся в городе и подлежащих на родоразрешение на 1 уровень – переносить в КГБ, госпитализировать в КГБ.**
- ☐ беременность индуцированная ЭКО (одноплодная);

Показания для госпитализации беременных в родовспомогательные организации по уровням регионализации перинатальной помощи

3 уровень

22 недель беременности:

- ☐ ложные схватки;
- ☐ преждевременные роды в сроках 22-33 недель;
- ☐ преждевременный дородовый разрыв плодных оболочек;
- ☐ гестационная гипертензия тяжелой степени
хроническая артериальная гипертензия тяжелой степени;
- ☐ преэклампсия тяжелой степени;
- ☐ эклампсия;
- ☐ гестационный сахарный диабет суб-декомпенсированный;
- ☐ тяжелые суб-декомпенсированные ЭГЗ;
- ☐ два и более операций кесарева сечения в анамнезе;
- ☐ доброкачественные новообразования матки и придатков больших размеров или множественные;
- ☐ резус-иммунизация, признаки гемолитической болезни плода;
предлежание плаценты;
- ☐ беременность индуцированная ЭКО (многоплодная);
- ☐ многоплодная беременность с нарушением внутриутробного состояния плода/плодов;

Наиболее распространенные в клинической практике критерии определения срока беременности:

- **Формула Naegele:** от первого дня последней менструации вычитается 3 месяца и прибавляется 7 дней = 40 недель. В случае ВРТ – дата внутриматочного введения спермы или имплантации эмбриона в матку.
- Величина матки по данным бимануального исследования в первом триместре беременности, при соответствии ее расчетному календарному сроку.
- Возможность выслушивания тонов сердца плода с помощью акушерского стетоскопа (18-20 недель) или их регистрация доплеровским исследованием (10 – 12 нед)
- Восприятие беременной шевелений плода (с 18 – 20 нед.-первородящие, 16-18 нед. повторнородящие)
- Высота стояния дна матки (в 20 недель – 20 см)
- Ультрасонографические показатели: УЗИ в первом триместре (10 – 14 недель) точность ± 5 дней; фетометрия плода на 18 - 20 неделе – точность ± 7 дней.

Физиологические роды – это роды одним плодом в сроке 37 – 41 недели гестации, которые начались спонтанно, низкого риска на начало родов, прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился спонтанно в головном предлежании, после родов родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

Рекомендуется применять следующие определения родов:

□ **ложные схватки** – нерегулярные схватки менее 4 за 20 минут, не приводящие к структурным изменениям шейки матки

□ **латентная первая фаза родов** – период времени, не обязательно

непрерывный, когда схватки болезненные, наблюдаются некоторые изменения шейки матки, включая ее сглаживание и раскрытие до 4 см.

□ **первый период родов** – схватки регулярные, наблюдается постепенное раскрытие шейки матки от 4 см.



Активное ведение 3-го периода:

- ✓ после рождения переднего плечика в/м вводят 10 ЕД окситоцина

Рождение плаценты с помощью контролируемых тракций за пуповину:

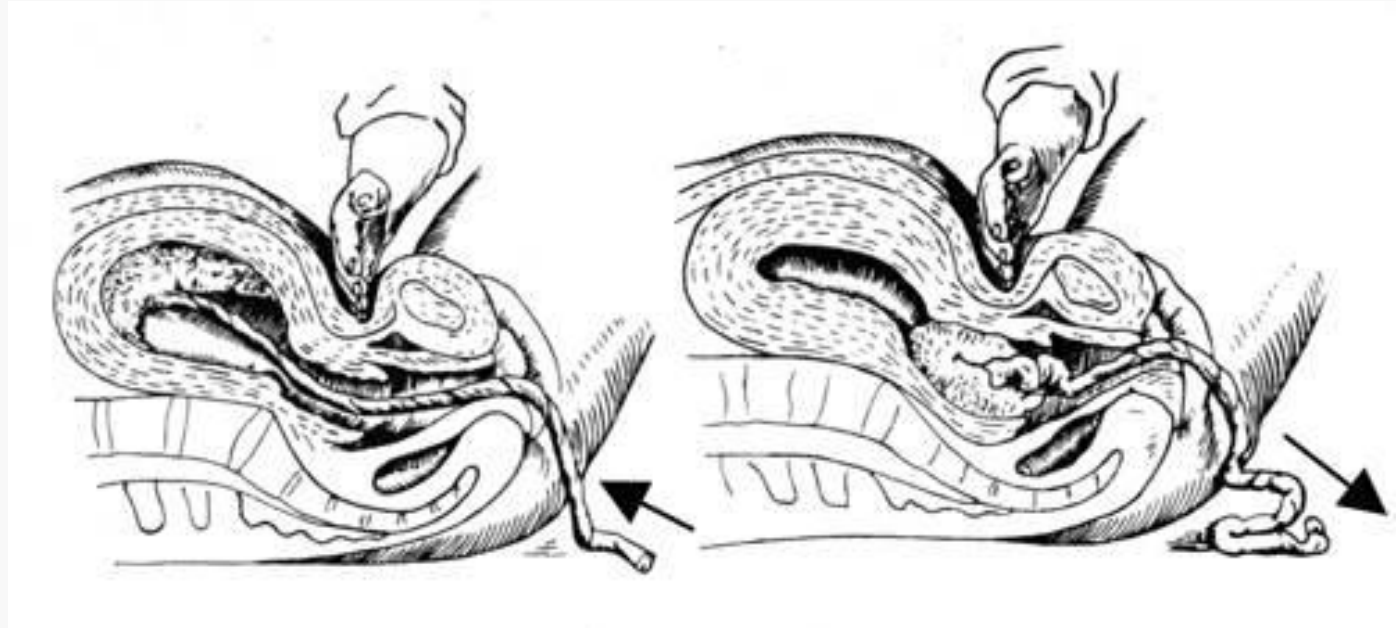
- ✓ не раньше, чем через 1 минуту после рождения ребенка, наложите зажим на пуповину ближе к промежности;
- ✓ держите пережатую пуповину в слегка натянутом состоянии одной рукой;
- ✓ положите другую руку непосредственно над лобком женщины и, стабилизируйте матку, отводя ее от лона во время контролируемого потягивания за пуповину (поможет избежать выворота матки);
- ✓ дождитесь сильного сокращения матки (2-3 минуты). Как только почувствуете, что матка сократилась (округлилась, стала плотной) или пуповина удлинилась, очень осторожно потяните на себя вниз пуповину (тракция) для рождения плаценты. Не ждите признаков отделения плаценты, прежде чем начать потягивание за пуповину. Одновременно продолжайте отводить матку другой рукой (контртракция) в направлении противоположном потягиванию за пуповину;
- ✓ если плацента не опускается в течение 30-40 секунд во время контролируемой тракции, прекратите тянуть за пуповину и дождитесь очередного сокращения матки.
- ✓ если нужно, переложите зажим как можно ближе к промежности по мере того, как пуповина удлиняется.
- ✓ во время следующего сокращения матки повторите контролируемую тракцию за пуповину с одновременной контртракцией в противоположную сторону.

Никогда не проводите тракцию за пуповину (потягивание) без применения контртракций (отведения) хорошо сократившейся матки!

- При рождении плаценты тонкие плодные оболочки могут оборваться.
- Держите плаценту обеими руками и осторожно скручивайте плодные оболочки пока не родятся (**осмотрите внимательно плаценту**, чтобы убедиться в ее целостности).

Массаж матки:

- Сразу после рождения последа проведите массаж матки через переднюю брюшную стенку пока матка не сократится.



Артериальная гипертония — это повышение уровня артериального давления во время беременности систолического АД > 140 мм рт.ст. и/или диастолического АД > 90 мм рт.ст.

Классификация степени повышения артериального давления:

- ☐ умеренная — при уровне АД 140 – 159/90 – 109 мм рт.ст.;
- ☐ тяжелая — при уровне САД ≥ 160 мм рт.ст и/или ДАД ≥ 110 мм рт.ст при 2х кратном измерении с интервалом 15 минут друг от друга, на той же руке

Клиническая классификация (ASOG, ISSHP, SOGC):

- ☐ хроническая (предшествующая) АГ — это АГ, диагностированная до наступления беременности или до 20 недель беременности. Это гипертоническая болезнь или вторичная симптоматическая гипертензия;
- ☐ гестационная АГ — это повышение АД, впервые во время беременности, зафиксированное после 20 недель беременности и не сопровождающееся протеинурией;
- ☐ преэклампсия — Эклампсия. Преэклампсия — специфичный для беременности синдром, возникающий после 22 недель беременности, определяется по наличию АГ и протеинурии (более 300 мг белка в суточной моче).

Преэклампсия – специфичный для беременности синдром, возникающий после 20 недель беременности, определяется по наличию АГ и протеинурии (более 300 мг белка в суточной моче).

Тяжелая преэклампсия диагностируется при наличии симптомов преэклампсии и дополнительно хотя бы одного из критериев;

- ✓ систолическое АД, измеренное два раза в течение 6 ч., ≥ 160 mmHg;
- ✓ диастолическое АД, измеренное два раза в течение 6 ч., ≥ 110 mmHg, или диастолическое АД, измеренное хотя бы 1 раз, ≥ 120 mmHg.;
- ✓ высокая протеинурия (5 г/24 ч., или ≥ 3 +);
- ✓ головная боль, нарушение зрения;
- ✓ боль под грудиной или под правым подреберьем;
- ✓ увеличенная концентрация ферментов в крови (АСТ, АЛТ, ЛДГ);
- ✓ синдром HELLP;
- ✓ олигурия (< 100 мл за 4 ч. или < 500 мл за 24 ч.);
- ✓ отек легких;
- ✓ недостаточный рост плода;
- ✓ внезапно возникший отек лица, рук или ног, при наличии признаков тяжелой гипертензии;
- ✓ отслойка плаценты;
- ✓ ДВС.

ВВ! Эклампсия – диагностируется в случаях возникновения судорог, которые не могут быть объяснены по другим причинам.

**Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 июля 2012 года
№ 452 О мерах совершенствования медицинской помощи беременным
женщинам, роженицам, родильницам и женщинам фертильного возраста.**

Компоненты действий медицинского персонала	Критерии оценки состояния и лечебные мероприятия	Время (мин)	Затрачен. время по факту (мин)	Объем выполнен. лечебных мероприят.	Бал лы
Оценка угрожающих симптомов	1. АД $\geq 160/110$ мм рт.ст 2. Головная боль 3. Нарушение зрения 4. Боль в эпигастральной области 5. Боль в правой верхней части живота, тошнота, рвота 6. Подергивание мышц или тремор 7. Олигурия	15 мин			
Катетеризация вены	1. Максимальное количество вводимой жидкости 85 мл/час!				

Оценочный лист при гипертензивных состояниях - преэклампсии и эклампсии

**Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 июля 2012 года
№ 452 О мерах совершенствования медицинской помощи беременным
женщинам, роженицам, родильницам и женщинам фертильного возраста.**

Компоненты действий медицинского персонала	Критерии оценки состояния и лечебные мероприятия	Время (мин)	Затрачен. время по факту (мин)	Объем выполнен. лечебных мероприят.	Бал лы
Профилактика судорог	1.Стартовая доза: 5 г сухого вещества (20 мл 25% р-ра) в/в медленно в течении 10-15 минут 2.Поддерживающая доза: 1-2 г в час сухого вещества сульфата магния при помощи шприца-дозатора (со скоростью 4-8 мл/час).				
Гипотензивное лечение	1.Если АД $\geq 160/110$ мм рт.ст- нифедипин 10 мг каждые 20 минут	5 мин			
Оценка состояния плода	1.Аускультация сердечных сокращений плода (норма 110-160 уд\мин	5 мин			

Оценочный лист при гипертензивных состояниях - преэклампсии и эклампсии (продолжение)

Перечень медикаментов и изделий медицинского назначения для оказания экстренной медицинской помощи при тяжелой преэклампсии, эклампсии

- ☐ Магния сульфат 25% по 5 мл - 5 упаковок.
- ☐ Раствор натрия хлорида 0,9% 400 мл - 1 флакон.
- ☐ Система для инфузии - 2 штуки.
- ☐ Шприцы 20,0 мл. - 4 штуки, 5,0 мл. - 2 штуки.
- ☐ Нифедипин - 1 упаковка.
- ☐ Стерильные перчатки №7,8 - 6 пар.
- ☐ Спирт 70% - 1 флакон.
- ☐ Стерильные ватные тампоны.
- ☐ Одноразовые спиртовые салфетки - 5-6 штук.
- ☐ Вазофиксы №№14- 16 - 2 штуки.
- ☐ Катетер Фоллея №№20 - 22 -1 штука.
- ☐ Мешок для сбора мочи - 1 штука.

Неотложная помощь при эклампсии

- ☐ Защитите женщину от повреждений, но не удерживайте ее активно. Уложите женщину на левый бок для уменьшения риска аспирации желудочного содержимого, рвотных масс и крови. Одновременно необходимо аспирировать содержимое полости рта. Подать кислород со скоростью 8 – 10 л в минуту.
- ☐ Катетеризуйте периферическую вену (№14-16G) и начните стартовую дозу магния сульфат 25% - 20,0мл в/в в течении 10 – 20 мин. Подключите систему с поддерживающей дозой магния сульфат на 320 мл физ. р-ра - 80 мл 25% р-ра сульфата магния, вводить в/в с учетом скорости введения 11 кап./мин. – 1 г сухого вещества/час при тщательном контроле АД и ЧСС. Т
- ☐ При повторном приступе эклампсии введите Нагрузочную дозу – 2г сухого вещества сульфата магния (8 мл 25% р-ра) в/в медленно в течение 3-5 минут.
- ☐ При сохраняющейся гипертензии подключаем гипотензивную терапию.

Основные причины кровотечений после 22 недель беременности - предлежание плаценты, отслойка плаценты, разрыв матки.

Дифференциальная диагностика кровотечений в поздние сроки беременности

Предлежание плаценты	Отслойка плаценты	Разрыв матки
1. Кровотечение из влагалища различной интенсивности, ярко-красного цвета, возникает внезапно	1. Боль в животе различной интенсивности. 2. Кровотечение из влагалища разной интенсивности, темного цвета, не всегда отражает объем кровопотери (за счет возможной имбибиции стенок матки) 3. Возможное ухудшение состояния плода	1. Кровотечение из влагалища разной интенсивности 2. Боль в животе, особенно в области рубца на матке 3. Ухудшение состояния плода 4. Легко пальпируемые части плода через живот 5. Тахикардия 6. Снижение АД (систолическое ниже 100 мм рт.ст.) 7. Отсутствие сердцебиения плода

- ❑ Независимо от причины кровотечения необходимо оценить состояние, установить предполагаемый диагноз, оказать неотложную помощь, информировать стационар и госпитализировать.

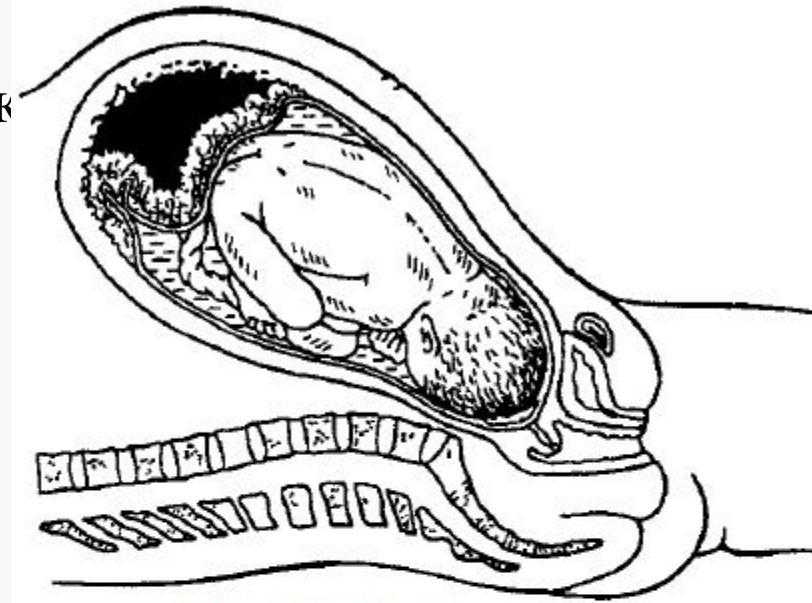
- ❑ Необходимо помнить, что не всегда наружное кровотечение соответствует истинному объему кровопотери. Если объем кровотечения из влагалища небольшой, но имеются признаки шока, следует предположить внутреннее кровотечение, связанное с отслойкой плаценты или разрывом матки.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты - это частичное или полное отделение нормально расположенной плаценты от стенок матки, которое происходит до рождения плода во время беременности или родов в сроке 20 недель и более

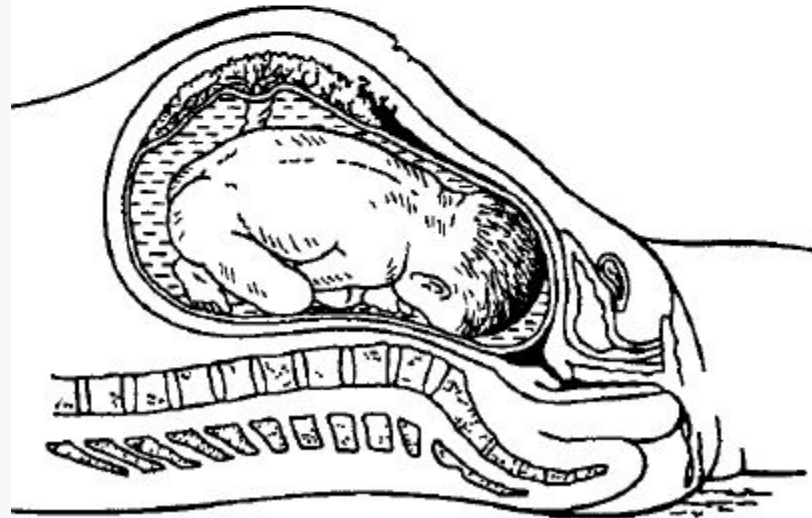
Классификация

Выделяют три типа кровотечения при ПОНРП:

- ❑ **наружное кровотечение** – отслаивается край плаценты и кровь вытекает наружу из половых путей.
- ❑ **скрытое кровотечение** – ретроплацентарное, кровь скапливается между плацентой и стенкой матки, часто с выраженной экстравазацией и имбибицией в миометрий, кровотечения из половых путей при этом нет.
- ❑ **смешанное кровотечение** – часть крови вытекает наружу из половых путей, а часть остается ретроплацентарно.



Центральная отслойка



Краевая отслойка

Клиническая классификация ПОНРП

Легкая степень (40% случаев):

- ☐ Объем кровопотери из половых путей не более 100 мл при образовании ретроплацентарной гематомы наружное кровотечение отсутствует;
- ☐ Тонус матки слегка повышен;
- ☐ ЧСС плода в пределах нормы;
- ☐ Состояние беременной женщины или роженицы удовлетворительное;
- ☐ Основные физиологические параметры и показатели свертывающей системы в норме (АД, пульс, ЧДД, гемоглобин, тромбоциты, гематокрит, фибриноген, МНО, АЧТВ)

Клиническая классификация ПОНРП

Средняя степень (45% случаев):

- ☐ Объем кровопотери из половых путей 100 - 500 мл. При образовании ретроплацентарной гематомы наружное кровотечение отсутствует
- ☐ Тонус матки повышен. Возможна болезненность матки при пальпации.
- ☐ Отмечаются аномалии сердечного ритма плода (тахикардия, брадикардия), иногда отсутствие сердцебиения плода.
- ☐ У беременной отмечается тахикардия, ортостатическая гипотония и низкое артериальное и пульсовое давление.
- ☐ Возможно снижение уровня фибриногена, тромбоцитов, гемоглобина, гематокрита, изменение МНО, АЧТВ.

Клиническая классификация ПОНРП

Тяжелая степень (15% случаев)

- ☐ Объем кровопотери более 500 мл. При образовании ретроплацентарной гематомы наружное кровотечение отсутствует
- ☐ Матка резко напряжена, болезненная при пальпации.
- ☐ Антенатальная гибель плода
- ☐ У беременной развивается геморрагический шок.
- ☐ Присоединяется ДВС- синдром

Кровотечение из половых путей наблюдается в 80% случаев, в 20% формируется ретроплацентарная гематома. Боль, чаще внезапная, носит постоянный характер, локализуется внизу живота и в пояснице.

Послеродовое кровотечение (ПРК) - это клинически значимая кровопотеря, составляющая 500,0 мл и более при родах через естественные родовые пути.

Раннее послеродовое кровотечение - в первые 24 часа после родов.

Позднее послеродовое кровотечение - по истечении 24 часов до 6 недель послеродового периода

Причины раннего послеродового кровотечения:

- ☐ Оставшиеся фрагменты плаценты
- ☐ Атония матки
- ☐ Разрыв матки и родовых путей, выворот матки
- ☐ Ранее существовавшие или приобретенные нарушения свертывания крови

Наиболее частой причиной является атония матки.

Причины позднего послеродового кровотечения -

- ☐ Остатки плацентарной ткани
- ☐ Метроэндометрит

Независимо от причины кровотечения
необходимо:

- ☐ оценить объем кровопотери
- ☐ общее состояние
- ☐ установить предполагаемый диагноз
- ☐ оказать неотложную помощь
- ☐ информировать стационар
- ☐ госпитализировать.

Оценочный лист при послеродовых кровотечениях (догоспитальная помощь)

Компоненты действий медицинского персонала	Критерии оценки состояния и лечебные мероприятия	Время (мин)	Затраченное время по факту (мин)	Объем выполнен. лечебных мероприятий	Баллы
Оценка акушерского анамнеза	1. Дата и время родов 2. В случае домашних родов -отделился ли послед	5 мин			
Оценка степени кровопотери	1. Количество крови на прокладке 2. Кровь на одежде, ногах и др.				
Оценка и мониторинг общего состояния	1.Частота дыхания 2. ЧСС и наполнение пульса 3. АД 4. Характер болей в животе 5.Состояние матки				
Действия медицинского персонала	1.Катетеризация периферической вены (катет № 14 или 16) 2.Инфузия изотонического раствора натрия 3.При домашних родах и наличии последа в полости матки - наложить зажим на пуповину, ввести 10 ЕД окситоцина в/м и попытаться выделить его. После отделения последа сделать наружный массаж матки. Послед доставить в стационар. 4.При невозможности отделения последа - транспортировать с последом в полости матки 5.Если кровотечение продолжается - выполнить методы временной остановки кровотечения и в таком состоянии транспортировать в стационар				

Оценочный лист при послеродовых кровотечениях (догоспитальная помощь) (продолжение)

Компоненты действий медицинского персонала	Критерии оценки состояния и лечебные мероприятия	Время (мин)	Затраченн ое время по факту (мин)	Объем выполнен. лечебных мероприятий	Бал лы
Лечение симптомов шока (при их наличии)	1.Катетеризация 2 периферических вен (катетер №№ 14,16) 2.Инфузия изотонического раствора натрия со скоростью 1 л за 15 минут 3.Поддерживать АД > 100 мм.рт.ст 4.Увлажненный кислород				
Информ-ние соответ-го стац-ра о транспортировке пациентки		5 мин			
Транспортировка в ближайший стационар специализированной помощи(при наличии симптомов шока - с включенными проблесковыми маячками и сиреной)					
Общее количество времени до госпитализации в стационар	35-40 мин				

Перечень медикаментов и изделий медицинского назначения для оказания экстренной медицинской помощи при акушерских кровотечениях

- ☐ Раствор натрия хлорида 0,9% по 500 мл с держателями - 4 флакона.
- ☐ Окситоцин - 1 упаковка.
- ☐ Мизопростол - 2 упаковки.
- ☐ Шприцы по 5,0 - 5 штук, по 10,0 - 5 штук.
- ☐ Система для крови - 2 штуки.
- ☐ Система для инфузии - 3 штуки.
- ☐ Вазофиксы №№14-16 - 2 штуки.
- ☐ Стерильные перчатки №7-8 - 6 пар.
- ☐ Тегадерм или лейкопластырь.
- ☐ Жгут.
- ☐ Спирт 70% - 1 флакон.

Перечень медикаментов и изделий медицинского назначения для оказания экстренной медицинской помощи при тяжелой преэклампсии, эклампсии

- Магния сульфат 25% по 5 мл - 5 упаковок.
- Раствор натрия хлорида 0,9% 400 мл - 1 флакон.
- Система для инфузии - 2 штуки.
- Шприцы 20,0 мл. - 4 штуки, 5,0 мл. - 2 штуки.
- Нифедипин - 1 упаковка.
- Стерильные перчатки №7,8 - 6 пар.
- Спирт 70% - 1 флакон.
- Стерильные ватные тампоны.
- Одноразовые спиртовые салфетки - 5-6 штук.
- Вазофиксы №№14- 16 - 2 штуки.
- Катетер Фоллея №№20 - 22 -1 штука.
- Мешок для сбора мочи - 1 штука.

Техника наружного массажа матки

- ☐ Ладонью обхватить дно матки через брюшную стенку
- ☐ Слегка массировать и сжимать матку, чтобы она начала сокращаться
- ☐ Во время этого могут выделяться сгустки крови
- ☐ Если массаж эффективен - матка станет плотной и уменьшится в размере
- ☐ Может понадобиться продолжить массаж несколько минут

Методы временной остановки кровотечения:

Сдавление брюшной аорты

- ☐ Надавить кулаком через брюшную стенку над пупком и немного левее
- ☐ Другой рукой пальпировать пульс на бедренной артерии
- ☐ Если пульс прощупывается, то давление, оказываемое кулаком, недостаточно



Методы временной остановки кровотечения:

Бимануальная компрессия

- ☐ Надев стерильные перчатки, войдите рукой во влагалище и сожмите руку в кулак.
- ☐ Расположите кулак в переднем своде и надавите им на переднюю стенку матки.
- ☐ Другой рукой через переднюю брюшную стенку надавите на заднюю стенку матки по направлению к руке, введенной во влагалище.
- ☐ Продолжайте сдавливание, пока кровотечение не остановится и матка не начнет сокращаться.

