

Гінекологічні травми і невідкладні стани

Вступ

Сучасний склад регулярних військ включає 14% жінок, багато з яких піддаються такому ж ризику отримання бойових поранень, як і їхні колеги-чоловіки. У цьому розділі йдеться про акушерські й гінекологічні невідкладні стани, які можуть потребувати лікування у розгорнутому лікувальному закладі, особливо у випадку невоєнних військових операцій.

Гінекологічні травми

Вульва

- Ушкодження вульви включають розриви і гематоми.
 - **Розриви**, які є поверхневими, чистими та тривалістю до 6 год., можна первинно зашити нитками, що розсмоктуються. Рекомендовано провести санацію нежиттездатної тканини.
 - ◆ Глибокі розриви необхідно оглянути та дослідити, щоб виключити наявність ушкоджень уретральної, анальної і ректальної слизової оболонки або травми м'яких тканин навколо клітора.
 - ◆ Встановлення уретрального катетера допоможе визначити ушкодження. Якщо такі ушкодження виявлено, рекомендується накласти один шар тонких (4-0 чи менших) швів, що розсмоктуються, залишивши на місці катетер. Травми ректальних тканин і тканин навколо клітора зашивають подібним чином.
 - ◆ Анальні розриви лікують зведенням порізаних країв анального сфінктера нитками, що розсмоктуються, 0 або 1 розміру. Приписи щодо лікування аноректальних поранень повинні включати відведення калового потоку.
 - ◆ Антибіотики (цефалоспорин другого покоління) рекомендовано використовувати за наявності інфікованих ран.
 - Травми вульви можуть спричинити **підфасціальні** (під діафрагмою тазу) **гематоми**.
 - Оскільки глибший шар підшкірної фасції не приєднаний спереду до гілки лобкової кістки, гематома може вільно поширитися до передньої черевної стінки.
 - **Більшість піхвових гематом лікуються консервативно.**
 - Необхідно застосовувати **зовнішнє притискання** та прикладання пакетів з льодом, поки не буде забезпечено гемостаз за допомогою серійного обстеження вульви, піхви і прямої кишки.
 - Гематоми можуть перешкоджати нормальному сечовипусканню, а тому може виникнути необхідність встановлення постійного катетера.

- Може виникнути потреба надрізати великі гематоми і накладити лігатури на кровоточиві судини (зазвичай вени), щоб уникнути некрозу шкіри.
- **Ознаки шоку в поєднанні зі зниженням гематокриту створюють необхідність розглянути можливість позаочеревинного поширення.** УЗД і КТ зручні для визначення позаочеревинного поширення, яке не можна діагностувати на основі клінічного огляду.

Піхва

- Травми піхви можуть викликати **розриви та, рідше, надфасціальні (над діафрагмою тазу) гематоми.**
- Травми піхви спостерігаються **приблизно в 3,5% жінок із травматичними переломами тазу.** Супутні урологічні травми, найчастіше травми сечового міхура та /або уретри, описано в близько **30% пацієнток з вагінальними травмами.**
- Ретельний огляд і пальпація піхви та ректовагінальний огляд необхідні для встановлення вагінальної травми і визначення потреби подальшого урологічного обстеження/діагностичної візуалізації. **У зв'язку із нестабільністю тазу (у випадках переломів) або з боєм може виникнути необхідність використання седативних засобів або анестетиків — щоб провести обстеження.**
- Вагінальні розриви зазвичай супроводжуються кровотечами, іноді сильними, із добре васкуляризованої піхви.
- Розриви лікують за такою ж схемою, які і розриви вульви (описано вище).
- Вагінальні гематоми зазвичай супроводжуються сильним ректальним тиском та діагностуються пальпацією твердих болючих новоутворень, які випинаються в латеральну стінку піхви. **Вагінальні гематоми лікують надрізами, видаленням, накладанням лігатури і тампонуванням.**
- Невстановлені вагінальні травми можуть викликати диспареунію, внутрішньотазовий абсцес і утворення нориць.

Матка/Шийка матки

- Травми матки і шийки матки найчастіше діагностують при вагітності, але можуть також бути наслідком проникаючої вагінальної чи абдомінальної травми.
- Неінфіковані прості цервікальні розриви лікують для оптимізації відновлення нормальної анатомії (і можливого зниження ризику істміко-цервікальної недостатності або стенозу з дисменореєю внаслідок поганого загоювання). Можна використовувати нитки, що розсмоктуються, номер 0.
- Гострі проникаючі травми, які зачіпають дно матки, зазвичай викликають невеликі кровотечі, тому їх можна лікувати без відновлення хірургічним шляхом. Пошкодження стінок матки, які супроводжуються кровотечею, можна лікувати хірургічним шляхом за допомогою ниток, що розсмоктуються, номер 0.
- **Травми, які зачіпають бокові стінки матки, можуть спричинити сильні кровотечі, які зазвичай можна стримати за допомогою поступового наклад-**

дання лігатури на висхідні та низхідні гілки маткової артерії, як це описано в акушерському розділі "Атонія матки".

Кровотечі, які не спиняються накладанням лігатури, а також обширні деформуючі ушкодження матки і шийки матки лікують шляхом гістеректомії.

- З метою профілактики призначають антибіотики.

Придатки

- **Фалопієві труби.**

- Пошкодження стінок фалопієвих труб через порушену позаматкову вагітність чи травму лікують шляхом сальпінгектомії, якщо є значне ушкодження труб через ризик наступних чи повторних позаматкових вагітностей у випадках, якщо пошкодження залишаться на місці. Якщо ушкодження рівноцінні лінійній сальпінготомії, спочатку забезпечте гемостаз, а тоді загоювання вторинним натягом.
- Мезосальпінкс перев'язують або припалюють, після чого на трубу накладають лігатуру та відрізають в місці з'єднання з дном матки.

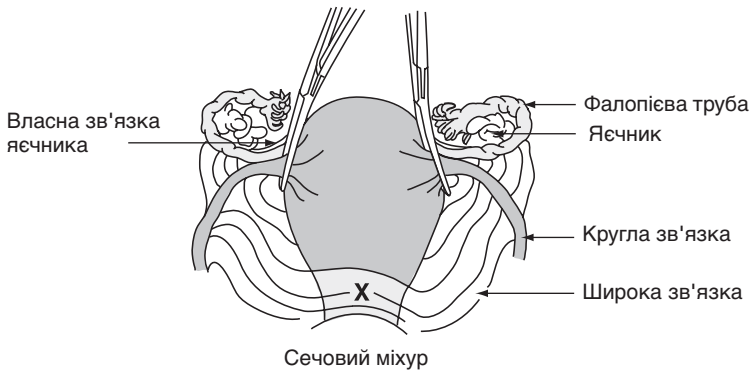
Основні кроки для проведення невідкладної повної абдомінальної гістеректомії

- Накладіть лігатуру/припаліть круглі зв'язки (Рис. 19-1).
- Розріжте передній листок широкої зв'язки з двох боків, тоді продовжіть серединну лінію для надрізу міхурно-маткової складки.
- Мобілізуйте сечовий міхур у низхідному напрямку за допомогою тупого відділення (і, за потреби, гострого відділення) від нижнього сегменту матки і шийки матки.*
- Для **збереження** придатків стисніть/розріжте/накладіть лігатуру на власні зв'язки яєчника та фалопієві труби біля місця їх з'єднання з дном матки (Рис. 19-2).
- **Придатки потрібно зберігати, якщо немає показів до видалення.**
- Щоб видалити придатки з маткою, стисніть/розріжте/накладіть лігатуру на підвищуючу зв'язку яєчника після того, як буде зроблено отвір у задньому листку широкої зв'язки над сечоводом.
- Зробіть надріз задньої частини очеревини, щоб мобілізувати придатки у напрямку від (якщо їх зберігаємо) або до (якщо видаляємо) матки.
- Зробіть надріз тієї частини черевної порожнини, яка розташована над ректовагінальною частиною, після чого мобілізуйте пряму кишку в напрямку вниз і від задньої стінки піхви за допомогою тупого відділення (Рис. 19-3).*
- Стисніть/розріжте/накладіть лігатуру на маткові артерії вздовж бокової поверхні матки в місці її з'єднання з шийкою, залишаючись у межах 1 см матки, щоб уникнути пошкодження сечоводів.

- Стисніть/розріжте/накладіть лігатуру на решту кардинальних зв'язок, парацервікальну тканину і крижово-маткові зв'язки за допомогою послідовних невеликих стібків, поки не досягнете місця з'єднання матки і шийки; кожен стібок повинен розташовуватися медіально по відношенню до попереднього, щоб уникнути пошкодження сечоводу сечового міхура.
- Накладіть хрестоподібну скобу на піхву під шийкою матки.
- Зробіть поперечний розріз піхви і видаліть матку (та приєднані придатки, якщо потрібно).
- Зшийте піхвову манжетку, переконайтесь, що не зачепили сечовий міхур.

*У випадку міцного зрощення шийки матки і сечового міхура або прямої кишки у невідкладних обставинах, або за наявності кровотечі з утрудненою видимістю, можна провести супрацервікальну гістеректомію. Після мобілізації сечового міхура і прямої кишки від матки та накладання лігатури на маткові артерії дно матки поперечно відрізають від шийки матки за допомогою ножа. Після цього шийку матки зашивають бейсбольним швом, притримуючись медіальної позиції стосовно перев'язаних маткових артерій.

- Непорушену ампулярну/істмічну позаматкову вагітність можна лікувати лінійною сальпінготомією з видаленням позаматкової вагітності. Трубний надріз залишають відкритим для загоєння вторинним натягом.



X = місце для розрізу черевної порожнини та входження до везикоцервікальної ділянки матки

Рис. 19-1. Абдомінальна гістеректомія — вид спереду.

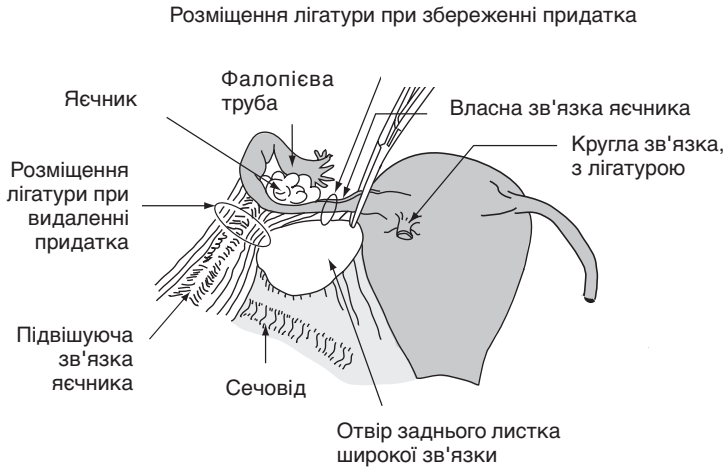


Рис. 19-2. Абдомінальна гістеректомія — вид зі сторони придатків.

- Непорушена чи порушена корнеальна/інтерстиціальна позаматкова вагітність вимагає клиноподібної резекції рогу матки зі сальпінгектомією.

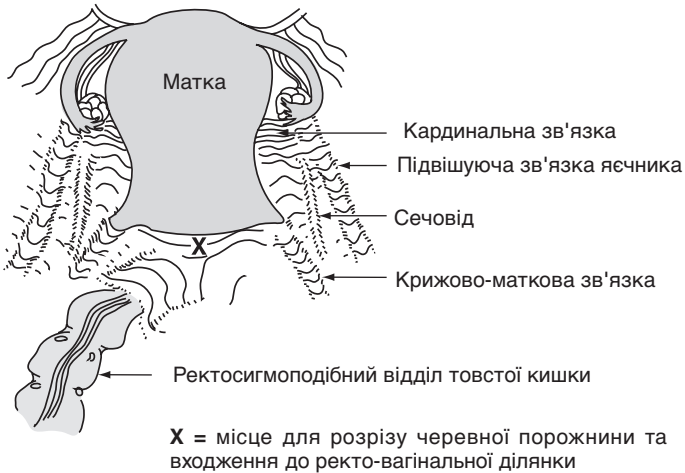


Рис. 19-3. Абдомінальна гістеректомія — вид ззаду.

- Позаматкову вагітність, яка супроводжується спонтанним абортom у черевну порожнину через кінець труби, необхідно видалити, але трубу можна залишити на місці, якщо вдалося досягнути гемостазу.
- **Яєчник.**
 - **Розірвану кисту яєчника** потрібно лікувати кистектомією за допомогою видалення стінок кисти із яєчника, після чого припалюють або накладають лігатуру на кровоточиві судини, які зазвичай розташовані біля основи кисти.
 - **Перекрут об'ємних утворень в яєчниках** спершу лікують оцінкою яєчника. Розкрутіть яєчник і/або фалопієву трубу. Якщо він виглядає здоровим, із постійним кровопостачанням, то його можна залишити на місці. Якщо у яєчнику є велика (> 4 см), проста на вигляд киста, то її можна дрениувати, а стінки видалити. Для досягнення гемостазу можуть використовуватися вузлуваті шви тонкою монониткою або електрокоагуляція. Якщо яєчник виглядає темним після розкручування, проведіть сальпінгофоректомію за допомогою накладання лігатури спочатку на підвищуючу зв'язку яєчника (після визначення сечоводу), а тоді на власну зв'язку яєчника та фалопієву трубу.
 - Кровотечу з підвищуючої зв'язки яєчника, яка виникла внаслідок проникаючої абдомінальної травми, найкраще лікувати накладанням лігатури зі сальпінгофоректомією.

Заочеревинна гематома

- **Розрив артеріальної гілки підчеревної артерії** може спричинити виникнення заочеревинної гематоми.
- Велика кількість крові може накопичитися у широкій зв'язці, що проявляється небагатьма симптомами. Розріз гематоми може тягнутися аж до рівня ниркових судин. Гематома може бути виявлена під час невідкладної операції або ж підозра на неї може виникнути внаслідок ознак шоку, які свідчать про внутрішню кровотечу.
- Заочеревинну гематому можна лікувати перев'язкою підчеревної артерії із ураженого боку. **Двостороння перев'язка підчеревної артерії може бути необхідна для гемостазу.** Матка, труби і яєчники можна залишити на місці, якщо вони життєздатні і немає показів для їх видалення.

Гінекологічні/акушерські невідкладні стани

- **Гострі вагінальні кровотечі, не пов'язані з травмами.**
 - **Вагінальні кров'яністі виділення яскраво-червоного кольору, кількість яких перевищує місткість однієї великої прокладки на годину, вважається вагінальною кровотечею.** Початкова терапія включає тест на вагітність і вагінальне обстеження.
 - ◆ **Якщо пацієнтка не вагітна,** призначають гормональне лікування 25 мг Премарину внутрішньовенно або 50 мг пероральних естрогенвмісних протизаплідних таблеток кожні 6 годин.
 - ◇ Якщо спостерігається ефект від гормонального лікування, необхідно продовжити прийом перорального протизаплідного засобу

4 рази в день протягом 5-7 днів і водночас провести точнішу діагностику та розробити план лікування.

- ◊ Якщо протягом 24 годин кровотеча суттєво не зменшилася, раціонально провести дилатацію і кюретаж. Якщо масивна крововтрата триває, необхідно провести візуалізаційні та коагуляційні дослідження, щоб визначити курс подальшого лікування.
- ◆ **У вагітних пацієнток** масивна кровотеча з цервікального вічка з розміром матки < 20 тижнів (дно на/ або нижче рівня пупка пацієнта) вказує на спонтанний аборт. Потрібно провести дилатацію і вакуум-екскохлеацію.
 - ◊ Позаматкова вагітність рідко супроводжується гострими кровотечами, але такий варіант не варто відкидати, якщо у пацієнтки гострий живіт або якщо при кюретажі отримано мало тканини.
 - ◊ У вагітних пацієнток із розміром матки, що відповідає третьому триместру (> 4 см над пупком при одиночній вагітності), вагінальна кровотеча зазвичай вказує на відшарування або передлежання плаценти.
 - ◊ Необхідно буде провести невідкладний кесарів розтин, якщо маткова кровотеча не припиниться протягом кількох хвилин.
 - ◊ Після виймання плода і плаценти персистуюча кровотеча, яку не можна зупинити консервативним лікуванням, може вимагати гістеректомії (див. "Невідкладний кесарів розтин і атонія матки").
 - ◊ Вагітні пацієнтки (матері) з гострою вагінальною кровотечею із негативним або невідомим резус-фактором повинні отримувати анти-Rh-імуноглобулін 300 мг внутрішньом'язово.
- **Геморагічна маса у піхві** — найімовірніше рак шийки матки. Після встановлення уретрального катетера необхідно зробити тампонаду кровотечі з піхви. Накладання швів зазвичай недоцільне і може погіршити кровотечу.

Стрімкі вагінальні пологи

● Підготовка.

- Запаси, необхідні для прийняття пологів, це повідон-йодові губки, шприц 10 см³, лідокаїн, два затискачі Келлі, вікончастий затискач, сухі рушники, спринцівка і ножиці.
- Для пологів пацієнтку потрібно покласти на лівий бік.
- Серцебиття плода визначається кожні 15 хвилин до потуг і після кожної перейми під час потужного періоду за допомогою судинного апарату Допплера. **Нормальне серцебиття плода — від 120 до 160 ударів на хвилину.** Частота серцебиття часто знижується при переймах, але має повернутися до норми перед початком наступних переймів.

Якщо частота серцебиття плода падає нижче 100 ударів на хвилину і утримується на такому низькому рівні довше, ніж 2 хвилини, потрібно розглянути можливість проведення кесаревого розтину.

- При поступленні пацієнтки потрібно оглянути шийку матки, щоб визначити ступінь розширення та розташування плода. Для того, щоб у жінки почалися потуги, шийка матки має бути повністю розширена (10 см) і не повинна відчуватися навколо голови плода. Якщо голови дитини не видно, негайно розпочинайте кесарів розтин. Якщо виникають сумніви і є можливість провести УЗД, то цю можливість необхідно використати, щоб визначити передлежання плода.
- **Пологи.**
 - Коли у пацієнтки почнуться потуги, зігніть стегна, щоб оптимально відкрити таз. Пацієнтка може лежати на спині або нахилена вліво. Асистенти повинні підтримувати ноги під час потуг і розслабляти їх в проміжках між переями.
 - Очистіть промежину стерильним розчином повідон-йоду. Якщо це перші пологи пацієнтки, промежину треба знеболити лідокаїном на випадок, якщо буде необхідна епізіотомія. Профілактичну епізіотомію не дуже підтримують, але вона може бути необхідною, якщо плід великий або передбачаються розриви.
 - Голова плода народжується шляхом розгинання. Процесу можна посприяти натисканням на підборіддя плода через промежину. Крім того, надзвичайно важливо контролювати темп появи голови другою рукою.
 - Якщо необхідна епізіотомія, її роблять у задній серединній лінії від вагінального отвору приблизно на 1/2 довжини промежини та на 2-3 см в піхву.
 - Після появи голови необхідно провести відсмоктування з рота і носа та пропальпувати шию, щоб виявити обвиття пуповини. Якщо воно є, його необхідно зменшити, розмотавши над головою плода, або, якщо воно не зменшується, — подвійним затисканням та відрізанням.
 - Далі лікар кладе руки вздовж тім'яних кісток, і пацієнтку просять тузитися знову, щоб витягнути передню частину плеча. Легке напружене донизу витягування дає можливість плечу пройти повз лобкову кістку, а плід повинен бути спрямований вперед, щоб дозволити задньому плечу вийти. Зазвичай решта тіла з'являється швидко. Загорніть новонародженого в сухі рушники.
 - Після народження плода необхідно двічі затиснути пуповину і перерізати її. Плацента зазвичай виходить в межах 15 хвилин після народження дитини, хоч цей процес може зайняти і до 60 хвилин. На вихід плаценти вказує підняття дна матки, подовження пуповини і струмінь крові. Під час очікування можна здійснювати легкий тиск на пуповину, однак активний масаж матки і надмірне витягування можуть спричинити ускладнення.
 - Після виходу плаценти пацієнтці необхідно розпочати інфузію лактату Рінгера з 20 одиницями окситоцину (Пітоцину). Окситоцин можна також ввести внутрішньом'язово, якщо немає можливості ввести його внутрішньовенно. Якщо окситоцину немає, як альтернативу можна застосувати метилергометрин (Метергін) 0,2 мг внутрішньом'язово або

дозволити пацієнтці грудне годування немовляти. Плаценту необхідно оглянути щодо наявності дефекту, що може вказувати на затримку фрагментів у порожнині матки.

- **Огляд і відновлення.**
 - Після виходу плаценти необхідно оглянути піхву і шийку матки щодо розривів. Низхідне пальцеве притиснення на задню частину піхви та тиск на дно матки (за допомогою асистента, якщо це можливо) сприятиме візуалізації шийки матки. Тоді використовується вікончастий зати-скач, щоб захопити та оглянути всю шийку матки.
 - Піхву необхідно оглянути із особливою увагою до нижнього склепіння. Промежину та периуретральну зону також потрібно оглянути. Розриви піхви і шийки матки можна зашити за допомогою 3-0 VICRYL чи еквівалентного шовного матеріалу безперервним або вузлуватим швами.
 - Якщо є розрив анального сфінктера, його необхідно відновити за допомогою ниток, що розсмоктуються, розміру 2-0, переривчастим оди-нарним або восьмиподібним швом.
 - Якщо розрив зачіпає пряму кишку, ректо-вагінальну перетинку потріб-но відновити переривчастим швом матеріалом 3-0 VICRYL. Другий шар, який перекриває підлежачі тканини, зменшить ризик розходжен-ня. Необхідно подбати про асептику. Якщо виявлено великий розрив, може знадобитися сіднична блокада або спінальна анестезія.
 - Пацієнтки з периуретральним розривом можуть потребувати уре-тральної катетеризації. Окрім розривів, можуть також виникати гема-томи у вульві, піхві або заочеревинному просторі. Щодо лікування див. "Гінекологічні травми".

Невідкладний кесарів розтин

- **Покази.**
 - Частота серцебиття плода падає нижче 100 ударів на хвилину і залиша-ється на такому рівні більше 2 хвилин.
 - Гостра маткова кровотеча триває більше, ніж кілька хвилин (що може свідчити про відшарування або передлежання плаценти).
 - Заднє передлежання або поперечне положення плода.
- Пацієнтка повинна лежати з нахилом вліво із пакетом для внутрішньовен-ного вливання або рушником, які зміщують матку вліво. Вона має прой-ти коротку процедуру підготовки зони нижче грудей до середини стегна. Основний набір інструментів для абдомінальних операцій повинен мі-стити більшість інструментів, які вам знадобляться.
- **Основні кроки при проведенні невідкладного кесаревого розтину (Рис. 19-4).**
 - Проникніть у черевну порожнину через нижню серединну лінію.
 - Визначте та зробіть надріз складки очеревини сечового міхура поперек і відсепаруйте сечовий міхур, щоб відтягнути його з поля.
 - За допомогою скальпеля зробіть акуратний поперечний надріз матки вздовж нижнього її сегмента (в місці, де стінки матки стають тон-шими).

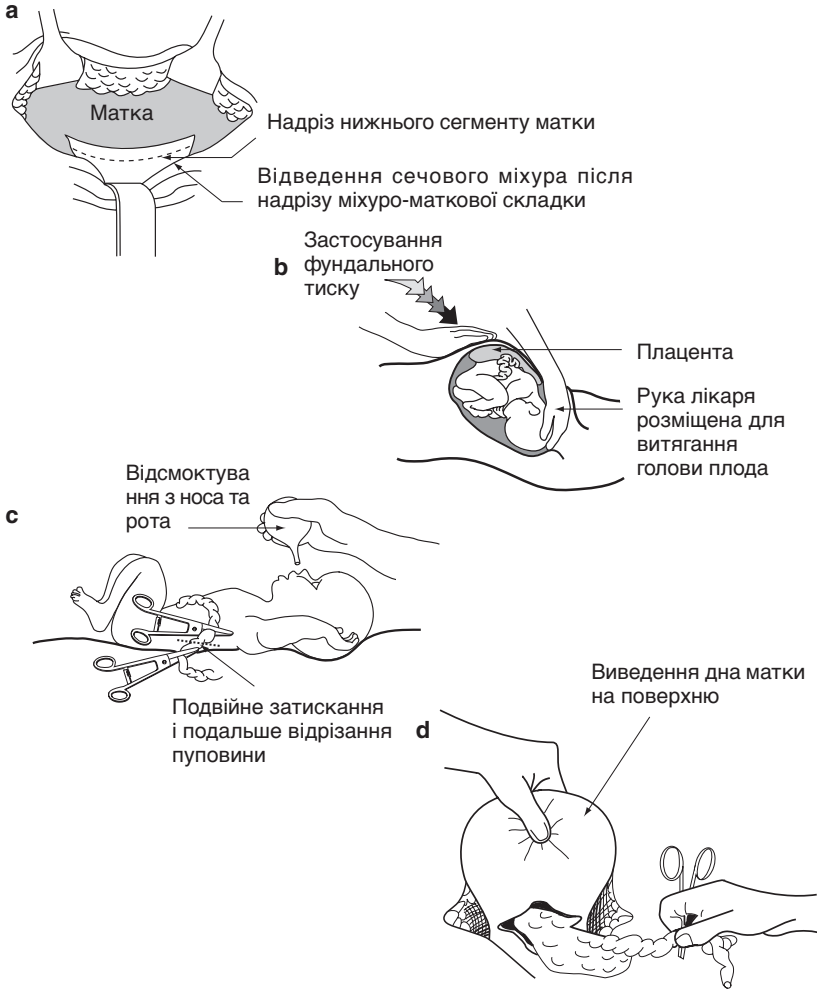


Рис. 19-4. Невідкладний кесарів розтин. (а) Розріз матки. (б) Витягання плода. (с) Новонароджений на животі. (д) Виведення дна матки на поверхню.

- Коли буде видно амніотичну оболонку, розширте надріз у сторону тупо або **обережно** використовуючи перев'язочні ножиці. **Уникайте маткових судин з боків.** При потребі надріз можна продовжити до одного чи двох бокових країв J-подібним вертикальним розрізом.
- Підніміть видиму частину плода в сторону до розрізу; асистент в цей час повинен забезпечувати тиск на дно матки.

- Після витягання плода зробіть відсмоктування з носа і рота, перетисніть та переріжте пуповину. Передайте дитину для подальшого догляду.
- Проінструктуйте анестезіолога, щоб ввести 2 грами "Цефазоліну" (ANCEF) після затискання пуповини.
- Дайте плаценті вийти, сприяючи цьому легким натягуванням пуповини та масажем матки.
- Починайте застосування окситоцину, якщо він доступний, згідно із описаною раніше процедурою.
- За допомогою губки очистіть внутрішню частину матки і активно масажуйте дно матки, щоб вона скоротилася.
- Швидко зашійте розріз шовним матеріалом 0 VICRYL. За умови досягнення гемостазу при поперечних розрізах застосовують одношаровий (безперервний, замкнутий) шов. Уникайте зачеплення бокових судин. Якщо розріз має вертикальне продовження, зашійте двома або трьома шарами.
- Після забезпечення гемостазу зашійте фасції і черевну порожнину звичайним способом.
- У рідкісних випадках продовження маткової кровотечі проведіть оцінку та здійснійте лікування згідно із процедурами, описаними в підрозділі "Атонія матки".

Атонія матки

- Найчастіше післяродові кровотечі є наслідком атонії матки (нездатності матки скорочуватися).

Коли матка не скорочується після відділення плаценти, кровотеча може бути масивною і летальною.

- Початкове лікування має включати ручне дослідження матки на предмет залишків плаценти. Без анестезії ця процедура болюча. Навколо пальців того, хто проводить огляд, обмотують відкриту губку. Іншу руку кладуть на дно матки пацієнтки і застосовують низхідний тиск. Акуратно проведіть пальці крізь відкриту шийку матки і пальпуйте для виявлення залишків плаценти. Матка зсередини повинна бути гладкою, а залишки плаценти на дотик схожі та м'яку масу тканин. Їх можна видалити вручну або за допомогою кюретки, якщо вона є.
- Якщо тканин не знайдено, використовуйте обидві руки, щоб провести активний масаж матки для покращення її тонусу.
- Варто також використовувати медичні препарати, якщо вони доступні. Окситоцин можна застосовувати повільним внутрішньовенним струменевим введенням дозами по 40 одиниць на 1000 см³ або до 10 одиниць внутрішньом'язово, але в жодному разі не різким внутрішньовенним введенням. Хоч імовірність їхньої доступності мала, можна розглянути можливість застосування інших медичних препаратів, таких як метилергометрин, динпростон (простин) і мізопростон (цитотек).

- Якщо немає доступних медичних препаратів, потрібно заохотити пацієнтку до годування груддю з метою стимуляції сосків, щоб підвищити виділення ендogenous окситоцину.

Якщо післяпологову кровотечу не вдається зупинити консервативними засобами, необхідно провести лапаротомію (якщо кровотеча сталася після вагінальних пологів).

- Можна спробувати провести інтраопераційний масаж dna матки.
- **Якщо внаслідок масажу тонус матки не покращиться, необхідно накласти лігатури на маткові артерії послідовним способом.** Починайте від висхідної гілки біля з'єднання верхньої і нижньої частин матки. Використовуючи хромований кетгут номер 0 або 1, накладіть шов через медіальну частину міометрію до артерії спереду назад. Далі нитка виводиться через сусідню широку зв'язку і зав'язується. Якщо двостороння лігатура висхідної гілки не може контролювати кровотечу, необхідно накласти лігатуру на низхідну гілку на рівні крижово-маткової зв'язки. **Якщо ж це не допоможе, розгляньте можливість накладання двосторонньої лігатури підчервоній артерії.** Якщо це також не допоможе, переходьте до гістеректомії, як описано у гінекологічній частині цього розділу.

Неонатальна реанімація

- **Одразу після народження необхідно оцінити потребу кожного немовляти в реанімації.** Засоби, що можуть при цьому знадобитися, це теплі рушники, спринцівка, стетоскоп, проточнонаповнюваний або самонаповнюваний мішок із джерелом кисню, ларингоскоп і лезо, катетер для відсмоктування і ендотрахеальна трубка. Два препарати, які можуть знадобитися, це епінефрин 1:10000 і налоксон (наркан) 0,4 мг/мл.
- Близько 90% доношених дітей народжуються без факторів ризику, з чистими навколоплідними водами, тому єдине, що треба зробити — це витерти, провести відсмоктування та продовжувати спостереження.

Якщо дитина народилася в термін < 36 тижнів або якщо при народженні в рідині присутній меконій, за немовлям необхідно уважніше спостерігати.

- Протягом перших 30 секунд після народження обітріть та стимулюйте дитину, розмістіть її так, щоб відкрилися дихальні шляхи і, якщо колір шкіри незадовільний, дайте вільний кисень.
- Через 30 секунд оцініть частоту серцебиття. **Якщо воно становить < 100, починайте застосовувати вентиляцію з позитивним тиском.** Після 30 секунд вентиляції перевірте частоту серцебиття ще раз. **Якщо вона становить < 60, необхідно починати компресію грудної клітки.** Після 30 секунд компресії грудної клітки перевірте частоту ще раз. Якщо частота серцебиття залишається < 60, введіть епінефрин. Епінефрин можна вводити через пуповинну вену або через ендотрахеальну трубку. Спо-

- сіб введення повинен визначатися рівнем досвідченості медичної бригади. Доза — 0,1-0,3 мл/кг розчину 1:10000.
- Якщо частота серцебиття стає вищою за 100, припиніть вентиляцію позитивного тиску, але продовжуйте подавати вільний кисень. Якщо матері дали дозу засобу для наркозу протягом 4 годин перед пологамі, а вентиляція позитивного тиску дала змогу повернути нормальне серцебиття та колір шкіри, але залишилися проблеми з дихальними зусиллями, то це є показом до застосування налоксону. Введіть налоксон внутрішньовенно, внутрішньом'язево або ендотрахеальним шляхом у дозі 0,1 мг/кг.
 - Якщо в будь-який момент під час проведення реанімаційних заходів частота серцебиття перевищить 100 — при добрих респіраторних зусиллях, тонусі та кольорі шкіри — дитину можна переводити до групи спостереження.

Клінічні рекомендації можна знайти за посиланням:
http://usaisr.amedd.army.mil/clinical_practice_guidelines.html

