

Warszawa, dnia 1 grudnia 2015 r.

Poz. 2007

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 9 listopada 2015 r.

**w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych
w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej,
sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, porożu, w przypadkach występowania określonych powikłań
oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych**

Na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Określa się standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii, z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, porożu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych, stanowiące załącznik do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 6 miesięcy od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia: *M. Zembala*

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 września 2014 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1268).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 788, 905, 1640, 1697, 1844, 1887, 1918 i 1991.

STANDARDY POSTĘPOWANIA MEDYCZNEGO PRZY UDZIELANIU ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W DZIEDZINIE POŁOŻNICTWA I GINEKOLOGII, Z ZAKRESU OKOŁOPORODOWEJ
OPIEKI POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNEJ, SPRAWOWANEJ NAD PACJENTKĄ W OKRESIE CIĄŻY,
PORODU, POŁOGU, W PRZYPADKACH WYSTĘPOWANIA OKREŚLONYCH POWIKŁAŃ
ORAZ OPIEKI NAD PACJENTKĄ W SYTUACJI NIEPOWODZEŃ POŁOŻNICZYCH

I. Postanowienia ogólne

1. Standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii, z zakresu okołoporodowej opieki położniczo – ginekologicznej, sprawowanej nad pacjentką w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad pacjentką w sytuacji niepowodzeń położniczych, zwane dalej „standardami” określają poszczególne elementy opieki medycznej, mające na celu uzyskanie jak najlepszego stanu zdrowia matki i mającego się urodzić się dziecka w sytuacjach stwierdzenia: ciąży bliźniaczej lub wystąpienia w czasie trwania ciąży, porodu lub połogu następujących powikłań: nadciśnienia tętniczego u ciężarnej, porodu przedwczesnego, zwiększonego ryzyka niedotlenienia wewnątrzmacicznego płodu, krwotoku położniczego oraz standardy opieki nad pacjentką w sytuacji niepowodzeń położniczych.
2. Standardy określają zakres niezbędnych badań diagnostycznych, świadczeń profilaktycznych i leczniczych, a także miejsce udzielania tych świadczeń.
3. Użyte w standardach określenia oznaczają:
 - 1) dokumentacja medyczna – dokumentację medyczną, o której mowa w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159, z późn. zm.¹⁾);
 - 2) hipotrofia płodu – szacowana w badaniu ultrasonograficznym masa płodu poniżej 10 percentyla dla danego wieku ciążowego określonego na podstawie badania ultrasonograficznego wykonanego w pierwszym trymestrze ciąży;
 - 3) IUGR – (intrauterine growth restriction) wewnątrzmaciczne zahamowanie wzrastania płodu rozpoznawane na podstawie badania ultrasonograficznego, gdy szacowana masa płodu jest poniżej 10 percentyla dla danego wieku ciążowego i jednocześnie stwierdzono nieprawidłowe spektrum przepływów w tętnicy pępowinowej lub tętnicy środkowej mózgu płodu;
 - 4) krwotok położniczy – szybką utratę krwi prowadzącą do objawów klinicznych

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2012 r. poz. 742, z 2013 r. poz. 1245, z 2014 r. poz. 1822 oraz z 2015 r. poz. 1163 i 1991.

- hipowolemii u pacjentki; w wartościach bezwzględnych za krwotok położniczy uznaje się utratę więcej niż 500 ml krwi przy porodzie drogami natury lub więcej niż 1000 ml krwi przy porodzie zakończonym cięciem cesarskim;
- 5) opieka okołoporodowa (perinatalna) - opiekę medyczną obejmującą profilaktykę oraz leczenie matki, płodu i dziecka w okresie przedkonceptyjnym, podczas ciąży, porodu i połogu, sprawowaną przez lekarzy specjalistów w dziedzinie ginekologii i położnictwa, neonatologów oraz położne;
 - 6) osoba sprawująca opiekę – lekarza specjalistę w dziedzinie położnictwa i ginekologii, lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub lekarza specjalistę w dziedzinie perinatologii – sprawujących odpowiednio opiekę nad pacjentką i noworodkiem;
 - 7) pacjentka – pacjentkę w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta Rzeczniku Praw Pacjenta, która jest w okresie ciąży, porodu lub połogu;
 - 8) poród elektywny – poród wywołany w wyniku decyzji lekarza o wystąpieniu wskazań do zakończenia ciąży ze względu na ryzyko utraty życia lub zdrowia przez pacjentkę lub ze względu na ryzyko, jakie stanowi dla płodu dalszy przebieg ciąży;
 - 9) okresy porodu:
 - a) I okres porodu – okres liczony od pojawienia się pierwszych regularnych skurczów macicy powodujących zgładzanie i rozwieranie szyjki macicy aż do jej pełnego rozwarcia,
 - b) II okres porodu – okres między całkowitym rozwarciem szyjki macicy a urodzeniem noworodka,
 - c) III okres porodu – okres rozpoczynający się po urodzeniu noworodka i obejmujący oddzielenie oraz wydalenie popłodu,
 - d) IV okres porodu – okres trwający do 2 godzin po oddzieleniu i wydaleniu popłodu;
 - 10) poród przedwczesny – zakończenie ciąży w okresie między 22 a 37 tygodniem trwania ciąży (licząc od pierwszego dnia ostatniej miesiączki lub na podstawie badania ultrasonograficznego wykonanego w pierwszym trymestrze ciąży);
 - 11) poziomy opieki perinatalnej – poziomy zapewniające stacjonarną opiekę perinatalną odpowiednią do stanu zdrowia ciężarnej oraz przebiegu ciąży lub porodu:
 - a) I poziom opieki perinatalnej – poziom opieki perinatalnej zapewniający opiekę perinatalną nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem i połogiem oraz zdrowym noworodkiem, a także krótkotrwałą opiekę nad niespodziewanie występującą patologią ciąży,
 - b) II poziom opieki perinatalnej – poziom opieki perinatalnej zapewniający opiekę nad patologią ciąży średniego stopnia,
 - c) III poziom opieki perinatalnej – poziom opieki perinatalnej zapewniający opiekę nad najcięższą patologią ciąży;
 - 12) resuscytacja wewnątrzmaciczna płodu – działania medyczne mające na celu ratowanie życia płodu w sytuacji stwierdzenia zwolnienia czynności serca płodu poniżej 110 uderzeń na minutę;
 - 13) rzucawka – (eclampsia) stan chorobowy polegający na pojawieniu się drgawek toniczno-klonicznych połączonych z utratą przytomności w przebiegu ciąży, porodu

lub połogu;

- 14) SIUGR – wewnątrzmaciczne zahamowanie wzrastania jednego z płodów w ciąży bliźniaczej;
- 15) TTTS – zespół przetoczenia między płodami występujący w ciąży jednokosmówkowej, w którym, w związku z przeciekiem krwi od jednego płodu (dawcy) do drugiego (biorcy), dochodzi do różnego stopnia zaburzeń hemodynamicznych u obu płodów;
- 16) zespół antyfosfolipidowy – schorzenie z grupy autoimmunologicznych, charakteryzujące się współwystępowaniem zakrzepicy naczyniowej lub powikłań położniczych (poronień, obumarcia wewnątrzmacicznego płodu) oraz krążących przeciwciał antyfosfolipidowych;
- 17) profilaktyka zdrowotna – działania mające na celu zapobieganie chorobom przez ich wczesne wykrycie i leczenie realizowane w trzech fazach:
 - a) profilaktyka wczesna – utrwalanie prawidłowych wzorców zdrowego stylu życia,
 - b) profilaktyka pierwotna (I fazy) – zapobieganie chorobom przez kontrolowanie czynników ryzyka,
 - c) profilaktyka wtórna (II fazy) – zapobieganie objawom choroby przez jej wczesne wykrycie i leczenie (przesiewowe badanie skriningowe),
 - d) profilaktyka III fazy – zahamowanie postępu choroby oraz ograniczenie powikłań;
- 18) wiek ciążowy – wiek określony na podstawie daty ostatniej miesiączki lub na podstawie długości siedzeniowo-ciemieniowej płodu w badaniu ultrasonograficznym w pierwszym tryestrze ciąży, jeśli nie jest zgodny z okresem zatrzymania miesiączki.

4. W celu nawiązania dobrego kontaktu z pacjentką osoba sprawująca opiekę oraz inne osoby uczestniczące bezpośrednio w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności:

- 1) przedstawiają się i wyjaśniają swoją rolę w opiece nad pacjentką;
- 2) prezentują spokojną i wzbudzającą zaufanie postawę;
- 3) szanują jej prywatność i poczucie intymności;
- 4) każdorazowo uzyskują zgodę rodzącej na wykonanie wszelkich zabiegów i badań.

5. Pacjentce udziela się wyczerpującej informacji na temat stanu jej zdrowia.

6. Pacjentce udziela się także wszelkich informacji zarówno o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia osobom w podobnej sytuacji jak i przysługujących jej prawach.

7. Pacjentce udziela się wyczerpującej informacji na temat obowiązującego stanu prawnego wynikającego z przepisów o aktach stanu cywilnego, zabezpieczenia społecznego i prawa pracy dotyczącego sytuacji, w jakiej się znalazła.

8. W przypadku stwierdzenia powikłań w okresie ciąży porodu lub połogu, pacjentkę należy skierować do opieki lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii.

9. Pacjentkę, u której stwierdzono powikłania w okresie ciąży porodu lub połogu, i wymaga ona leczenia stacjonarnego należy skierować do podmiotu leczniczego o wyższym poziomie opieki perinatalnej niż I poziom opieki perinatalnej, zapewniającym opiekę odpowiednią do jej stanu zdrowia oraz przebiegu ciąży lub porodu.

10. Sprawowanie opieki specjalistycznej nad pacjentką w okresie ciąży przebiegającej

w sposób нефизjologiczny, wymagającej leczenia z powodu określonego schorzenia, nie zwalnia lekarza sprawującego tę opiekę, od realizacji świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych, a także konsultacji medycznych, wykonywanych w okresie ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania – z możliwością dokonywania uzasadnionych stanem pacjentki zmian.

11. W ramach sprawowania opieki położniczej, osoba sprawująca opiekę jest zobowiązana do określania i aktualizowania oceny stanu położniczego w oparciu o badanie położnicze, z uwzględnieniem bieżącej oceny czynników ryzyka położniczego.

12. Osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do dołożenia starań dla zapewnienia możliwości karmienia piersią noworodka.

13. W dokumentacji medycznej należy odnotować dzień i godzinę objęcia pacjentki opieką i zakończenia jej sprawowania, z adnotacją o osobie sprawującej opiekę, która tę opiekę przejmuje, zawierającą jej dane, chyba, że pacjentka lub jej przedstawiciel ustawowy nie podjęli jeszcze decyzji w tym zakresie.

II. Opieka okołoporodowa u pacjentki z nadciśnieniem tętniczym

1. Nadciśnienie tętnicze występujące w trakcie ciąży dzieli się na:

- 1) nadciśnienie tętnicze ciążowe - wzrost ciśnienia tętniczego krwi do wysokości 140 mmHg ciśnienia skurczowego lub 90 mmHg ciśnienia rozkurczowego lub powyżej, po 20 tygodniu ciąży, normalizujący się do 12 tygodni po porodzie;
- 2) nadciśnienie tętnicze przewlekłe - rozpoznane przed ciążą lub przed ukończonym 20 tygodniem ciąży i utrzymujące się dłużej niż 12 tygodni po porodzie;
- 3) stan przedrzucawkowy - (ang. preeclampsia) jeżeli rozpoznany jest jeden z poniższych czynników:
 - a) wzrost ciśnienia tętniczego krwi do wysokości 140 mmHg ciśnienia skurczowego lub 90 mmHg ciśnienia rozkurczowego lub powyżej i obecności białkomoczu do wysokości równiej lub większej niż 300 mg na dobę lub co najmniej 1g na L w pojedynczej próbce moczu – po zakończeniu 20 tygodnia ciąży,
 - b) wzrost ciśnienia tętniczego krwi do wysokości 140 mmHg ciśnienia skurczowego lub 90 mmHg ciśnienia rozkurczowego lub powyżej, jeśli po upływie 20 tygodnia ciąży po raz pierwszy występują poniższe zaburzenia narządowe:
 - niewydolność nerek (stężenie kreatyniny $\geq 90\mu\text{mol/L}$; 1.02mg/dL),
 - zaburzenia funkcji wątroby (podwyższenie stężenia transaminaz, co najmniej dwukrotnie powyżej górnej normy lub ból w nadbrzuszu),
 - zaburzenia neurologiczne (drgawki, zaburzenia świadomości, zaburzenia widzenia, wylew do ośrodkowego układu nerwowego, silny ból głowy z towarzyszącym pobudzeniem),
 - zaburzenia koagulologiczne (małopłytkowość – liczba płytek krwi poniżej 150000/dL, zespół rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego, hemoliza),
 - c) wzrost ciśnienia tętniczego krwi do wysokości 140 mmHg ciśnienia skurczowego lub 90 mmHg ciśnienia rozkurczowego lub powyżej oraz stwierdzeniu IUGR - po zakończeniu 20 tygodnia ciąży.

Właściwa diagnoza w tych przypadkach nie różnicuje sposobu postępowania leczniczego, ale jest istotna dla postępowania po zakończeniu ciąży.

2. Postępowanie w ciąży powikłanej nadciśnieniem tętniczym.

Stwierdzenie u pacjentki w trakcie badania w spoczynku wartości ciśnienia tętniczego w wysokości 140 mmHg ciśnienia skurczowego lub 90 mmHg ciśnienia rozkurczowego lub powyżej, dwukrotnie w ciągu godziny, jest wskazaniem do następujących działań:

- 1) w pierwszym trymestrze ciąży – całodobowej kontroli ciśnienia tętniczego w warunkach domowych, a w przypadkach utrzymywania się podwyższonych wartości rozpoznania nadciśnienia tętniczego przewlekłego i skierowania pacjentki do opieki na II poziomie opieki perinatalnej;
 - 2) po 20 tygodniu ciąży – do kontroli ciśnienia tętniczego, co najmniej 4 razy dziennie w warunkach domowych, a także wykonania badań biochemicznych krwi i moczu ciężarnej oraz badania ultrasonograficznego płodu, w celu wykluczenia stanu przedrzucawkowego; u pacjentki, u której zidentyfikowano jedynie nadciśnienie ciążowe należy rozpocząć leczenie hipotensyjne z użyciem metyldopy, utrzymując wartości ciśnienia tętniczego poniżej 150 mmHg ciśnienia skurczowego krwi i 100 mmHg ciśnienia rozkurczowego; przy braku efektu leczenia należy skierować ciężarną do opieki na II poziomie opieki perinatalnej.
2. Profilaktyka stanu przedrzucawkowego polega na podawaniu kwasu acetylosalicylowego rozpoczętym przed 16 tygodniem ciąży, u pacjentki ze stwierdzonym, co najmniej jednym z poniższych:
- 1) ciężkim stanem przedrzucawkowym i lub hipotrofią płodu w poprzedniej ciąży;
 - 2) przewlekłym nadciśnieniem tętniczym;
 - 3) przewlekłymi schorzeniami nerek;
 - 4) cukrzycą przedciążową;
 - 5) otyłością (BMI >30);
 - 6) chorobami autoimmunologicznymi (np. toczeniem układowym);
 - 7) zespołem antyfosfolipidowym lub trombofilią, (należy wówczas stosować podawanie kwasu acetylosalicylowego wraz z heparynami drobnocząsteczkowymi).
3. Stwierdzenie u pacjentki stanu przedrzucawkowego jest wskazaniem do hospitalizacji i podjęcia następujących działań:
- 1) przeprowadzenia intensywnego leczenia hipotensyjnego utrzymującego wartości ciśnienia tętniczego poniżej 160 mmHg ciśnienia skurczowego krwi i 110mmHg. ciśnienia rozkurczowego krwi;
 - 2) zastosowania dożylnego wlewu z siarczanu magnezu w postępowaniu zapobiegającym wystąpieniu rzucawki;
 - 3) zastosowania 48 godzinnego domięśniowego cyklu steroidoterapii z użyciem betametazonu lub deksametazonu, w całkowitej dawce 24 mg, w ciąży poniżej 34 tygodnia, w celu stymulacji dojrzałości płuc płodu;
 - 4) wdrożenia profilaktyki przeciwzakrzepowej z użyciem heparyn drobnocząsteczkowych, przy białkomoczu dobowym powyżej 3,5 g.;
 - 5) monitorowania stanu płodu poprzez:

- a) codzienną ocenę ruchów płodu przez matkę,
 - b) badanie kardiokograficzne co najmniej raz dziennie,
 - c) oceny wzrastania płodu w badaniu ultrasonograficznym co dwa tygodnie,
 - d) wykonywania dodatkowo, w przypadkach stwierdzenia hipotrofii płodu, oceny przepływów Dopplera w naczyniach łożyskowo-płodowych oraz profilu biofizycznego płodu i powtarzania powyższych badań w zależności od stwierdzanych nieprawidłowości, nie rzadziej niż raz w tygodniu;
- 6) zwrócenia szczególnej uwagi, podczas postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u pacjentki ze stanem przedrzucawkowym, na występowanie nieprawidłowości takich, jak:
- a) bóle głowy,
 - b) zaburzenia widzenia,
 - c) nudności i wymioty,
 - d) bóle w nadbrzuszu,
 - e) skąpomocz,
 - f) wzrastające stężenie enzymów wątrobowych,
 - g) wzrastające stężenie kreatyniny,
 - h) małopłytkowość,
 - i) nieprawidłowości w zapisach kardiokograficznych oraz nieprawidłowe spektrum przepływów w naczyniach łożyskowo-płodowych.
4. Sposób zakończenia ciąży w sytuacji wystąpienia stanu przedrzucawkowego zależy od takich czynników jak: aktualny stan matki i płodu, wiek ciążowy, położenie płodu oraz stan dojrzałości szyjki macicy. Ciążę należy zakończyć bezzwłocznie:
- 1) gdy wiek ciążowy przekracza 37 tygodni;
 - 2) przed 37 tygodniem w przypadkach, gdy:
 - a) wartości ciśnienia tętniczego utrzymują się powyżej 160 mmHg ciśnienia skurczowego krwi i 110 mmHg. ciśnienia rozkurczowego krwi, pomimo intensywnego leczenia hipotensyjnego,
 - b) wystąpi znaczne pogorszenie wykładników funkcji wątroby, wydolności nerek, hemoliza, obniżenia liczby płytek krwi, zespół wykrzepiania wewnątrznaczyniowego,
 - c) wystąpi rzucawka lub inne objawy neurologiczne z zaburzeniami widzenia, bólami głowy,
 - d) stwierdzono przedwczesne oddzielenie łożyska,
 - e) wystąpią objawy zagrożenia życia płodu,
 - f) wystąpi obumarcie wewnątrzmaciczne płodu.
5. W położu należy kontynuować intensywny nadzór i leczenie hipotensyjne położnicy, co najmniej 48 godzin po porodzie, w związku z ryzykiem wystąpienia poporodowej rzucawki.
6. W przypadkach nadciśnienia tętniczego bez dodatkowych powikłań, należy monitorować ciężarną w warunkach ambulatoryjnych i nie kontynuować ciąży powyżej 40 tygodnia.

III. Opieka okołoporodowa u pacjentki w ciąży bliźniaczej

1. Cięża bliźniacza nie może zostać uznana za ciążę przebiegającą fizjologicznie i wiąże się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia porodu przedwczesnego, stanu przedrzucawkowego, a także powikłań związanych ze wzrastaniem oraz obumarciem płodów.
2. Rodzaje ciąży bliźniaczej:
 - 1) jednojajowa, powstająca w wyniku zapłodnienia jednej komórki jajowej przez jeden plemnik, z następowym podziałem na dwa lub więcej zawiązków. W zależności od momentu wystąpienia podziału wyróżniamy następujące jej rodzaje:
 - a) dwukosmówkowa-dwuowodniowa, gdy do podziału dochodzi do 4 dnia po zapłodnieniu – 25% ciąż jednojajowych,
 - b) jednokosmówkowa-dwuowodniowa, gdy do podziału dochodzi pomiędzy 4 a 7 dniem po zapłodnieniu – 75% ciąż jednojajowych,
 - c) jednokosmówkowa-jednoowodniowa, gdy do podziału dochodzi pomiędzy 7 a 14 dniem po zapłodnieniu - mniej niż 1% ciąż jednojajowych,
 - d) bliźnięta nierozdzielone, gdy podział rozpoczyna się po 14 dniu od zapłodnienia i nie dochodzi do całkowitego rozdzielenia płodów, które w związku z tym mają niektóre narządy wspólne - bardzo rzadko,
 - 2) dwujajowa - powstająca w wyniku zapłodnienia dwóch komórek jajowych dwoma plemnikami (oba płody rozwijają się niezależnie i jest to ciąża bliźniacza zawsze dwukosmówkowa i dwuowodniowa).
3. W celu zapewnienia prawidłowej opieki w ciąży bliźniaczej, należy ją wcześniej rozpoznać i określić jej rodzaj. Rozpoznawanie rodzaju ciąży następuje w badaniu ultrasonograficznym wykonywanym w I trymestrze. W trakcie badania określa się kosmówkowość (łożyska oddzielne czy wspólne) i owodniowość (worki owodniowe oddzielne czy wspólne). Rozpoznanie kosmówkowości w badaniu ultrasonograficznym należy udokumentować zdjęciem. Jeżeli ciężarna zgłasza się po 14 tygodniu ciąży lub nie da się ustalić kosmówkowości, a oba płody są tej samej płci, należy postępować jak z ciążą bliźniaczą jednokosmówkową.
4. Zasady opieki nad pacjentką w ciąży bliźniaczej dwukosmówkowej:
 - 1) rozpoznanie ciąży dwukosmówkowej w badaniu ultrasonograficznym w pierwszym trymestrze ciąży opiera się na stwierdzeniu: dwóch oddzielnych pęcherzyków z zarodkami, przyczepu błony rozdzielającej zarodki do kosmówki w kształcie lambda oraz grubości przekraczającej 2mm;
 - 2) opiekę ambulatoryjną nad ciążą bliźniaczą dwukosmówkową należy rozpocząć przed 10 tygodniem ciąży, a kolejne wizyty odbywać co 3 - 4 tygodnie; należy zwrócić szczególną uwagę na objawy związane z zagrażającym porodem przedwczesnym oraz stanem przedrzucawkowym;
 - 3) badania ultrasonograficzne w ciąży dwukosmówkowej należy wykonać:
 - a) w pierwszym trymestrze ciąży (11-13 tygodni +6 dni) - z oceną ryzyka wad genetycznych dla każdego z płodów osobno,

- b) w drugim trymestrze ciąży (18 -22 tygodni) - z oceną anatomii każdego z płodów oraz przezpochwowym pomiarem szyjki macicy (długość kanału poniżej 25 mm świadczy o zwiększonym ryzyku porodu przedwczesnego),
 - c) w trzecim trymestrze ciąży co 4 tygodnie - w celu oceny wzrastania płodów (w przypadku stwierdzenia rozbieżności mas większej lub równej 25% pacjentkę należy skierować do opieki do ośrodka III stopnia opieki perinatalnej),
 - d) przed porodem - w celu ustalenia położenia płodów;
- 4) w przypadku niepowikłanej ciąży dwukosmówkowej dwuowodniowej poród należy zaplanować pomiędzy 37 a 38 tygodniem ciąży;
 - 5) w przypadku ciąży bliźniaczej dwukosmówkowej, wskazaniem bezwzględny do rozwiązania ciąży w drodze cięcia cesarskiego jest niegłówkowe położenie I płodu;
 - 6) w przypadku przygotowanej szyjki macicy do porodu – wywołanie czynności skurczowej macicy z użyciem wlewu z oksytocyny oraz przebicie pęcherza płodowego pierwszego płodu – nie są przeciwwskazane;
 - 7) w przypadkach nieprzygotowanej szyjki macicy do porodu, należy rozważyć zastosowanie preindukcji (najbardziej bezpieczną metodą preindukcji jest założenie do kanału szyjki cewnika Foleya);
 - 8) prowadzenie porodu drogami natury wymaga wzmoczonego nadzoru położniczego; należy uwzględnić następujące warunki:
 - a) równoczesne monitorowanie kardiotokograficzne obu płodów,
 - b) kontrola ultrasonograficzna czynności serca oraz położenia drugiego płodu - po urodzeniu pierwszego,
 - c) zapewnienie możliwości wykonania natychmiastowego cięcia cesarskiego po urodzeniu pierwszego płodu przy stwierdzeniu następujących nieprawidłowości:
 - położenia poprzecznego drugiego płodu,
 - bradykardii drugiego płodu,
 - wypadnięcia pępowiny drugiego płodu,
 - przedwczesnego oddzielenia łożyska i braku możliwości szybkiego ukończenia porodu drogą pochwową,
 - po 60 minutach od urodzenia pierwszego płodu.
5. Zasady opieki nad pacjentką w ciąży bliźniaczej jednokosmówkowej:
- 1) opieka nad ciążą bliźniaczą jednokosmówkową, ze względu na częste występowanie specyficznych powikłań związanych ze wzrastaniem płodów oraz zagrożeniem obumarcia wewnątrzmacicznego płodów, musi być prowadzona na III poziomie opieki perinatalnej;
 - 2) opieka nad pacjentką i poród w ciąży jednokosmówkowej-dwuowodniowej:
 - a) rozpoznanie ciąży jednokosmówkowej dwuowodniowej wynika ze stwierdzenia w badaniu ultrasonograficznym w pierwszym trymestrze ciąży jednego pęcherzyka ciążowego z dwoma zarodkami, przy czym przyczep błony rozdzielającej zarodki do kosmówki ma kształt litery „T”, a jej grubość nie przekracza 2 mm,
 - b) opiekę ambulatoryjną nad ciążą bliźniaczą jednokosmówkową dwuowodniową należy rozpocząć przed 10 tygodniem ciąży, a kolejne wizyty odbywać co 3 - 4

- tygodnie. Należy zwrócić szczególną uwagę na objawy związane z zagrażającym porodem przedwczesnym oraz stanem przedrzucawkowym,
- c) badania ultrasonograficzne w ciąży jednokosmówkowej dwuowodniowej należy wykonać:
- w pierwszym trymestrze ciąży (11-13 tygodni +6 dni) - z oceną ryzyka wad genetycznych oraz oceną biometrii płodów,
 - od 16 tygodnia ciąży, co 2 tygodnie - w celu wykrycia TTTS lub SIUGR - oceniając: biometrię płodów, objętości płynów owodniowych w obu workach, objaw swobodnego falowania błony owodniowej, wypełnienie pęcherzy moczowych obu płodów oraz przepływów naczyniowych metodą Dopplera (tętnice pępowinowe, tętnice środkowe mózgu, przewody żyłne). W przypadku występowania powikłań, częstość i zakres wykonywanych badań ultrasonograficznych należy zwiększyć,
 - niezależnie od badań wskazanych w tiretach 1 i 2, w drugim trymestrze ciąży (w 18 - 22 tygodniu) - z oceną anatomii każdego z płodów oraz przezpochwowym pomiarem szyjki macicy (długość kanału poniżej 25 mm świadczy o zwiększonym ryzyku porodu przedwczesnego),
 - przed porodem - w celu ustalenia biometrii oraz położenia płodów;
- d) w przypadku niepowikłanej ciąży jednokosmówkowej dwuowodniowej, poród należy zaplanować po ukończeniu 36 tygodnia ciąży,
- e) w przypadku ciąży bliźniaczej jednokosmówkowej dwuowodniowej, wskazaniami bezwzględnie do rozwiązania ciąży w drodze cięcia cesarskiego są:
- niegłówkowe położenie pierwszego płodu,
 - zespół TTTS,
 - ponad 20% różnica pomiędzy przewidywanymi masami płodów;
- f) prowadzenie porodu drogami natury wymaga wzmożonego nadzoru położniczego uwzględniającego następujące warunki:
- równoczesne monitorowanie kardiokograficzne obu płodów,
 - kontroli ultrasonograficznej czynności serca oraz położenia drugiego płodu po urodzeniu pierwszego,
 - możliwość wykonania natychmiastowego cięcia cesarskiego po urodzeniu pierwszego płodu przy stwierdzeniu następujących nieprawidłowości:
 - - położenia poprzecznego drugiego płodu,
 - - bradykardii drugiego płodu,
 - - wypadnięcia pępowiny drugiego płodu,
 - - przedwczesnego oddzielenia łożyska i braku możliwości szybkiego ukończenia porodu drogą pochwową,
 - - po 60 minutach od urodzenia pierwszego płodu.
- 3) opieka nad pacjentką w ciąży bliźniaczej jednokosmówkowej-jednoowodniowej:
- a) rozpoznanie ciąży jednokosmówkowej-jednoowodniowej wynika ze stwierdzenia w badaniu ultrasonograficznym w pierwszym trymestrze ciąży jednego pęcherzyka ciążowego z dwoma blisko siebie położonymi zarodkami i brakiem błony rozdzielającej zarodki; brak błony rozdzielającej należy potwierdzić w kolejnych

- badaniach ultrasonograficznych; istotne jest również wykluczenie występowania bliźniąt nierozdzielonych,
- b) opiekę ambulatoryjną nad ciążą bliźniaczą jednokosmówkową jednoowodniową należy rozpocząć przed 10 tygodniem ciąży, kolejne wizyty powinny odbywać się co 3 - 4 tygodnie, do 26 tygodnia ciąży,
 - c) po 26 tygodniu konieczna jest opieka w warunkach szpitalnych,
 - d) w okresie 26 - 28 tygodni należy zastosować 48 godzinny domięśniowy cykl steroidoterapii z użyciem betametazonu lub deksametazonu, w całkowitej dawce 24 mg, w celu stymulacji dojrzałości płuc płodów oraz zmniejszenia ryzyka powikłań związanych z wcześniactwem u noworodków,
 - e) podczas hospitalizacji należy prowadzić intensywny nadzór nad dobrostanem płodów poprzez badania kardiotokograficzne oraz ultrasonograficzne,
 - f) badania ultrasonograficzne w ciąży jednokosmówkowej jednoowodniowej należy wykonać:
 - w pierwszym trymestrze ciąży (11-13 tygodni + 6 dni), z oceną ryzyka wad genetycznych, wykluczenia bliźniąt nierozdzielonych oraz oceną przyczepu pępowin,
 - od 16 tygodnia ciąży – co 2 tygodnie z oceną wzrastania płodów,
 - w drugim trymestrze ciąży (18 – 22 tygodni) – z oceną anatomii każdego z płodów oraz przezpochwowym pomiarem szyjki macicy (długość kanału poniżej 25 mm świadczy o zwiększonym ryzyku porodu przedwczesnego),
 - od 26 tygodnia – z oceną hemodynamiki krążenia u płodów: badanie Dopplerowskie przepływów naczyniowych (tętnice pępowinowe, tętnice środkowe mózgu, przewody żyłne) – należy wykonać minimum 2 razy w tygodniu;
 - g) ciąża bliźniacza jednokosmówkowa jednoowodniowa stanowi bezwzględne wskazanie do porodu drogą cięcia cesarskiego. Elektywne cięcie cesarskie należy rozważyć pomiędzy 32 a 34 tygodniem ciąży lub w momencie stwierdzenia zmian hemodynamicznych w krążeniu płodów.

IV. Postępowanie w przypadku zagrażającego porodu przedwczesnego i porodu przedwczesnego

1. Do czynników ryzyka wystąpienia porodu przedwczesnego zalicza się:
 - 1) stwierdzenie w wyniku wywiadu wystąpienia porodu przedwczesnego lub poronienia po 16 tygodniu w poprzedniej ciąży lub ciążach;
 - 2) ciążę wielopłodową;
 - 3) przedwczesne skrócenie szyjki macicy;
 - 4) przedwczesne odpływanie płynu owodniowego;
 - 5) stwierdzenie łożyska przodującego;
 - 6) choroby przewlekłe ogólnoustrojowe matki (nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 1, choroby nerek, trombofilia, zespół antyfosfolipidowy).
2. Wszystkie ciężarne z czynnikami ryzyka porodu przedwczesnego należy konsultować na II lub III poziomie opieki perinatalnej.

3. Ciężarnym, u których w wywiadzie stwierdzono samoistny poród przedwczesny lub poronienie po 16 tygodniu należy:
 - a) profilaktycznie podawać dopochwowo progesteron od pierwszego trymestru do 34 tygodnia ciąży,
 - b) zalecić założenie szwu szyjkowego, jeśli pomimo stosowania progesteronu dochodzi u nich do skrócenia kanału szyjki macicy poniżej 25 mm przed 24 tygodniem ciąży.
4. W celu oceny ryzyka bezobjawowego skracania szyjki macicy należy u wszystkich ciężarnych ocenić w badaniu ultrasonograficznym pomiędzy 18 a 22 tygodniem ciąży długość zamkniętego kanału szyjki.
5. W przypadku stwierdzenia u ciężarnej w badaniu ultrasonograficznym, o którym mowa w ust. 4, skróconego kanału szyjki poniżej 25 mm, należy rozpocząć podawanie dopochwowe progesteronu.
6. Ciężarnym ze skróceniem kanału szyjki macicy poniżej 15 mm przed 34 tygodniem, należy, w celu przyspieszenia dojrzałości płuc płodu, zastosować 48 godzinny domięśniowy cykl steroidoterapii z użyciem betametazonu lub deksametazonu w całkowitej dawce 24 mg. Zastosowanej steroidoterapii nie należy powtarzać.
7. W przypadku przedwczesnego odpływania płynu owodniowego bez objawów uogólnionej infekcji przed 34 tygodniem ciąży, należy stosować profilaktyczną antybiotykoterapię przez okres 10 dni oraz zastosować po skończonym 24 tygodniu ciąży 48 godzinny domięśniowy cykl steroidoterapii, z użyciem betametazonu lub deksametazonu w całkowitej dawce 24 mg; zastosowanej steroidoterapii nie należy powtarzać.
8. W przypadku wystąpienia regularnej czynności skurczowej przed 34 tygodniem ciąży, należy zastosować leczenie tokolityczne (hamujące czynność skurczową macicy) oraz 48 godzinny domięśniowy cykl steroidoterapii, z użyciem betametazonu lub deksametazonu, w całkowitej dawce 24 mg.
9. Preparatami dopuszczonymi do hamowania przedwczesnej czynności skurczowej są podawane dożylnie: antagonistą receptora oksytocyny – atozyban oraz krótko działające betamimetyki – fenoterol. Ze względu na wysoką skuteczność i bezpieczeństwo stosowania, atozyban powinien być lekiem pierwszego wyboru, szczególnie u pacjentki ze współistniejącymi schorzeniami takimi, jak: cukrzyca, choroby serca, nadczynność tarczycy oraz w ciąży wielopłodowej. Leczenie tokolityczne należy kontynuować maksymalnie do czasu zakończenia steroidoterapii.
10. W sytuacji wystąpienia objawów rozpoczynającego się porodu przedwczesnego, pacjentkę hospitalizuje się wyłącznie w ośrodku zapewniającym miejsce intensywnej opieki dla noworodka. W przypadku niedostępności miejsca intensywnej opieki neonatologicznej - pacjentkę, po rozpoczęciu steroidoterapii oraz wdrożeniu leczenia tokolitycznego, należy w jak najszybszym czasie przetransportować do szpitala dysponującego miejscem intensywnej opieki neonatologicznej.
11. Przed 32 tygodniem ciąży, w okresie bezpośrednio poprzedzającym poród, w celu ochrony ośrodkowego układu nerwowego u płodu, należy podać ciężarnej dożylny wlew z siarczanu magnezu.

V. Postępowanie w przypadku zwiększonego ryzyka niedotlenienia wewnątrzmacicznego płodu

1. Celem opieki perinatalnej jest wykrycie zwiększonego ryzyka niedotlenienia wewnątrzmacicznego płodu oraz zminimalizowanie jego konsekwencji.
2. Wyróżnia się następujące czynniki ryzyka niedotlenienia wewnątrzmacicznego płodu:
 - 1) występowanie u pacjentki chorób przewlekłych, w szczególności nadciśnienia tętniczego, cukrzycy oraz chorób nerek;
 - 2) ciąża wielopłodowa, w szczególności przy ograniczeniu wzrastania jednego lub więcej płodów oraz zgonu wewnątrzmacicznego jednego z płodów;
 - 3) występowanie małowodzia i hipotrofii płodu;
 - 4) ciąża pojedyncza po 41 tygodniu.
3. W celu rozpoznania zwiększonego ryzyka niedotlenienia wewnątrzmacicznego płodu podczas ciąży należy:
 - 1) dokonać dokładnej oceny biometrii płodu oraz indeksu płynu owodniowego w badaniu ultrasonograficznym, wykonywanym pomiędzy 28 a 32 tygodniem ciąży;
 - 2) podczas wizyt kontrolnych oceniać wysokość dna macicy;
 - 3) zalecać monitorowanie aktywności ruchowej płodu przez ciężarną;
 - 4) w przypadkach podejrzenia hipotrofii płodu lub małowodzia, skierować pacjentkę do szpitala o przynajmniej II stopniu opieki perinatalnej;
 - 5) monitorować kardiolograficznie dobrostan płodu w następujących przypadkach:
 - a) u ciężarnych z przewlekłymi chorobami układowymi po 36 tygodniu ciąży w trybie ambulatoryjnym raz w tygodniu; monitorowanie należy rozpocząć wcześniej, jeśli dojdzie do nasilenia objawów chorobowych,
 - b) w przypadkach hipotrofii płodu, małowodzia, monitorowanie, należy rozpoczynać w momencie rozpoznania nieprawidłowości, ale nie wcześniej niż po 26 tygodniu ciąży; badania należy powtarzać w zależności od stopnia stwierdzanych nieprawidłowości,
 - c) w celu weryfikacji gorszego odczuwania ruchów płodu przez ciężarną,
 - d) w ciążach po terminie porodu - przynajmniej raz w tygodniu,
 - e) podczas hospitalizacji ciężarnej, w ciążach po 26 tygodniu - przynajmniej raz dziennie;
 - f) ciąż patologicznych, w interpretacji zapisu kardiolograficznego dokonuje się cyfrowej analizy zapisu, a w szczególności określenia mikrooscylacji (short-term variation STV);
 - 6) wykonać ocenę profilu biofizycznego płodu w badaniu ultrasonograficznym w przypadku nieprawidłowości w zapisach kardiolograficznych;
 - 7) wykonać badania przepływów w naczyniach pępowinowych i płodowych w przypadkach ciężkich patologii przed 37 tygodniem ciąży, szczególnie przy ograniczeniu wzrastania wewnątrzmacicznego płodu oraz ciążach bliźniaczych jednokosmówkowych.
4. W celu rozpoznania zwiększonego ryzyka niedotlenienia wewnątrzmacicznego płodu podczas porodu, należy:
 - 1) po przyjęciu rodzącej do szpitala wykonać zapis kardiolograficzny;
 - 2) prowadzić ciągły nadzór kardiolograficzny podczas porodu w przypadkach:

- a) ciąż powikłanych,
 - b) ciąż bliźniaczych,
 - c) stwierdzanych nieprawidłowości w zapisie wykonanym przy przyjęciu do szpitala,
 - d) odpływania zielonego płynu owodniowego,
 - e) stymulacji czynności skurczowej,
 - f) zastosowania znieczulenia zewnątrzoponowego porodu;
- 3) uznać za prawidłowy śródporodowy zapis kardiokardiofoniczny, kiedy:
 - a) podstawowa czynność serca płodu wynosi 110 – 160 uderzeń na minutę,
 - b) podstawowa zmienność czynności serca płodu jest umiarkowana,
 - c) nie stwierdza się deceleracji zmiennych lub późnych;
 - 4) przy prawidłowym śródporodowym zapisie kardiokardiofonicznym monitorować tętno płodu co 30 min w pierwszym okresie porodu i co 15 minut w drugim okresie porodu;
 - 5) uznać za patologiczny śródporodowy zapis kardiokardiofoniczny w sytuacji, kiedy:
 - a) stwierdza się brak zmienności podstawowej czynności serca płodu z powtarzającymi się deceleracjami późnymi lub zmiennymi,
 - b) utrzymuje się bradykardia (< 110 uderzeń na minutę),
 - c) stwierdza się zapis sinusoidalny;
 - 6) przy patologicznym śródporodowym zapisie kardiokardiofonicznym należy przygotować rodzącą do porodu i wdrożyć metody resuscytacji wewnątrzmacicznej płodu;
 - 7) w przypadkach śródporodowego zapisu kardiokardiofonicznego pośredniego (niepełniającego ani kryteriów zapisu prawidłowego ani patologicznego) należy kontynuować nadzór kardiokardiofoniczny i zastosować metody resuscytacji wewnątrzmacicznej płodu.
5. W celu resuscytacji wewnątrzmacicznej płodu podczas porodu należy:
- 1) ułożyć rodzącą na boku lub zmienić jej pozycję ciała;
 - 2) podać rodzącej maskę z tlenem;
 - 3) podać dożylnie płyny infuzyjne;
 - 4) zaprzestać stosowania oksytocyny lub innych preparatów wywołujących czynność skurczową macicy;
 - 5) podać leki tokolityczne;
 - 6) w przypadku braku poprawy natychmiast zakończyć poród.

VI. Postępowanie w przypadku krwotoku położniczego

1. W celu profilaktyki krwotoku położniczego w trzecim okresie porodu, należy zastąpić podanie krótko działającej oksytocyny jej długo działającym analogiem (karbetocyną) lub innym równie silnym uterotonikiem. Dotyczy to rodzących z poniższymi czynnikami ryzyka krwotoku położniczego:
 - 1) ciąża mnoga;
 - 2) przebyte więcej, niż 4 porody;
 - 3) przebyte więcej niż jedno cięcie cesarskie lub inny zabieg na mięśniu macicy;
 - 4) krwotok położniczy w wywiadzie;

- 5) atonia macicy w wywiadzie;
 - 6) mięśniaki macicy;
 - 7) makrosomia płodu;
 - 8) wielowodzie;
 - 9) otyłość (BMI > 35);
 - 10) łożysko przodujące, łożysko nisko schodzące;
 - 11) podejrzenie łożyska wrośniętego lub przyrośniętego;
 - 12) możliwe zaburzenia hemostazy: niedokrwistość (Hematokryt < 30) małopłytkowość < 100 tys., obniżone stężenie fibrynogenu (< 4g/l);
 - 13) obecność skazy krwotocznej.
2. W przypadku rozpoznania krwotoku łożniczego, lekarz lub położna obecny przy porodzie, mają obowiązek niezwłocznie zastosować jednostajny, długotrwały ucisk na macicę i wezwać dodatkowy personel medyczny, w tym najbardziej doświadczonych dostępnych specjalistów (położnik, anestezjolog).
 3. Oprócz czynności określonych w ust. 2 niezwłocznie należy wdrożyć następujące postępowanie ogólne:
 - 1) podanie tlenu przez maskę;
 - 2) założenie dwóch wkłuc dożylnych;
 - 3) pobranie krwi na badania: gazometria, morfologia, koagulogram – stężenia fibrynogenu, elektrolitów oraz próbę krzyżową;
 - 4) podłączenie szybkiego wlewu dożylnego (koloidy, krystaloidy);
 - 5) podanie uterotoników (oksytocyna, karbetocyna, metyloergotamina, prostaglandyny: misoprostol, dinoprost, sulproston);
 - 6) zamówienie osocza, koncentratu krwinek czerwonych, krioprecypitatu, płytek krwi (preparaty toczymy w stosunku 1:1:1:1);
 - 7) podanie czynników wspomagających hemostazę (kwas traneksamowy, fibrynogen, czynniki protrombiny, rekombinowany czynnik siódmy);
 - 8) monitorowanie: diurezy (założenie cewnika do pęcherza moczowego), nawrotu włósniczkowego, ciśnienia krwi i czynności serca.
 4. Dalsze postępowanie zabiegowe należy uzależnić od drogi prowadzonego porodu:
 - 1) w krwotoku łożniczym po porodzie drogami natury:
 - a) należy ocenić obrażenia kanału rodnego i je zaopatrzyć,
 - b) dokonać kontroli instrumentalnej jamy macicy,
 - c) przy utrzymującym się krwotoku łożniczym tamponada macicy (balonowa – cewniki Foley'a, pęcherzowy, SOS Bakri, ewentualnie chustami jałowymi; zabezpieczonymi folią operacyjną – tamponadę utrzymuje się co najmniej przez 24 godziny i nie dłużej niż 48 godzin,
 - d) efekt hemostatyczny powyższych działań ogólnych i zabiegowych może być widoczny po okresie 20 – 30 minut; brak poprawy po tym okresie czasu upoważnia do próby podklucia gałązek zstępujących tętnic macicznych z dostępu pochwowego,
 - e) w następnym etapie należy przystąpić do laparotomii; wcześniejszą interwencję podejmuje się u pacjentek po przebytych uprzednio operacjach na mięśniu macicy,

- f) w zależności od przyczyny krwotoku położniczego, podczas laparotomii, należy założyć na macicę szwy hemostatyczne (uraz) lub kompresyjne (atonia),
 - g) w razie niedostatecznego efektu terapeutycznego należy ograniczyć dopływ krwi do macicy, podkłuwając naczynia doprowadzające (tętnice maciczne, gałązki jajnikowe tętnic jajowodowych, tętnice biodrowe wewnętrzne),
 - h) po wyczerpaniu wszelkich metod zachowawczych wymienionych powyżej należy wykonać okołoporodowe usunięcie macicy z pozostawieniem jajników; wcześniejszą decyzję o usunięciu macicy należy rozważyć w przypadku stwierdzenia łożyska wrastającego,
 - i) preferowaną, bardziej skuteczną metodą jest wykonanie całkowitej histerektomii; w wybranych przypadkach (np. mniejsze doświadczenie operatora) – dopuszczalna jest amputacja trzonu, jako działanie pierwszorzutowe,
 - j) przy dużej utracie krwi, wstrząsie i niestabilności pacjentki, dopuszczalne jest pominięcie niektórych etapów pośrednich i szybsze wdrożenie metod bardziej radykalnych, jako postępowanie ratujące życie – w tym histerektomii,
 - k) utrzymujące się krwawienie w obrębie miednicy mniejszej jest wskazaniem do zastosowania „packingu hemostatycznego”, czyli uszczelnienia miejsca krwawienia (na okres do 24 godzin);
- 2) postępowanie w krwotoku położniczym podczas cięcia cesarskiego:
- a) ocena obrażeń całego kanału rodnego (również od strony pochwy) i ich zaopatrzenie,
 - b) kontrola instrumentalna jamy macicy,
 - c) podanie uterotoników bezpośrednio do mięśnia macicy,
 - d) w zależności od przyczyny krwotoku położniczego, założenie na macicę szwów hemostatycznych (uraz) lub kompresyjnych (atonia);
 - e) równoczesne założenie tamponady macicy (balonowa – cewniki Foley’a, pęcherzowy, SOS Bakri, ewentualnie chustami jałowymi zabezpieczonymi folią operacyjną) – tamponadę należy utrzymać co najmniej przez 24 godziny i nie dłużej niż 48 godzin; efekt hemostatyczny powyższych działań ogólnych i zabiegowych obserwuje się po okresie 20 – 30 minut,
 - f) w razie niedostatecznego efektu terapeutycznego należy ograniczyć dopływ krwi do macicy podkrywając naczynia doprowadzające (tętnice maciczne, gałązki jajnikowe tętnic jajowodowych, tętnice biodrowe wewnętrzne),
 - g) po wyczerpaniu wszelkich metod zachowawczych wymienionych powyżej należy wykonać okołoporodowe usunięcie macicy z pozostawieniem jajników; wcześniejszą decyzję o usunięciu macicy dopuszcza się w przypadku stwierdzenia łożyska wrastającego,
 - h) preferowaną, bardziej skuteczną metodą jest wykonanie całkowitej histerektomii; w wybranych przypadkach (np. mniejsze doświadczenie operatora) – dopuszczalna jest amputacja trzonu, jako działanie pierwszorzutowe,
 - i) przy dużej utracie krwi, wstrząsie i niestabilności pacjentki dopuszczalne jest pominięcie niektórych etapów pośrednich i szybsze wdrożenie metod bardziej radykalnych, jako postępowanie ratujące życie - w tym histerektomii,

- j) utrzymujące się krwawienie w obrębie miednicy mniejszej jest wskazaniem do zastosowania „packingu hemostatycznego”, czyli uszczelnienia miejsca krwawienia (na okres do 24 godzin).
5. Po ustabilizowaniu stanu pacjentki i niepewnym rokowaniu należy położnicę przekazać do ośrodka dysponującego możliwością intensywnej terapii.
 6. Ze względu na zwiększone ryzyko wystąpienia powikłań zatorowo – zakrzepowych w okresie połogowym konieczne jest postępowanie przeciwzakrzepowe. Początek wdrożenia leczenia przeciwzakrzepowego ustalają wspólnie położnik i anestezjolog.

VII Opieka nad pacjentką w sytuacji niepowodzeń położniczych

1. Niepowodzeniem położniczym jest sytuacja, w której pacjentka w wyniku ciąży nie zabierze do domu zdrowego dziecka z powodu: poronienia, urodzenia dziecka martwego, niezdolnego do życia lub obarczonego letalnymi schorzeniami; jako niepowodzenie położnicze należy traktować także sytuację, w której kobieta spodziewa się urodzenia chorego dziecka lub dziecka z wadami wrodzonymi.
2. Personel medyczny oddziału, na którym znajduje się pacjentka doświadczająca niepowodzenia położniczego, powinien być przeszkolony w zakresie pracy z rodzicami doświadczającymi śmierci noworodka, narodzin dziecka chorego oraz każdorazowo informowany o przebywaniu danej pacjentki na oddziale celem uwrażliwienia na jej sytuację.
3. Pacjentce w sytuacji niepowodzenia położniczego zapewnia się szczególną pomoc, realizowaną w następujący sposób:
 - 1) przy przekazywaniu informacji na temat niepowodzenia położniczego lub istotnego zagrożenia niepowodzeniem położniczym, osoba sprawująca opiekę jest obowiązana, jeżeli jest taka wola pacjentki, zapewnić pacjentce czas pozwalający na możliwość oswojenia się z informacją przed wyjaśnianiem szczegółowo przyczyn niepowodzenia i zanim pacjentka będzie współuczestniczyła w procesie dalszego podejmowania decyzji, chyba że dalsze udzielanie świadczeń zdrowotnych będzie niezbędne;
 - 2) po przekazaniu informacji, należy umożliwić pacjentce pomoc psychologiczną i wsparcie osób bliskich, zgodnie z życzeniem pacjentki;
 - 3) pacjentka po niepowodzeniu położniczym nie powinna przebywać w sali razem z pacjentkami ciężarnymi, bądź w połogu, których ciąża zakończy się urodzeniem zdrowego dziecka; należy zadbać o to, aby w czasie pobytu w oddziale, pacjentka po urodzeniu martwego dziecka nie miała stałego kontaktu z pacjentkami, które urodziły zdrowe dzieci;
 - 4) pacjentkę po niepowodzeniu położniczym przebywającą w oddziale traktuje się z szacunkiem oraz umożliwia się jej branie udziału w podejmowaniu świadomych decyzji, związanych z koniecznym postępowaniem diagnostyczno-terapeutycznym; osoby sprawujące opiekę powinny umieć nawiązać z nią dobry kontakt słowny i mieć świadomość, jak ważny jest ton rozmowy, ich postawa oraz słowa kierowane do pacjentki po utracie dziecka; należy zapytać o jej potrzeby i oczekiwania, a informacje

- w tym zakresie wykorzystać do wspierania podczas pobytu w oddziale; badania i zabiegi winny być wykonywane w intymnej atmosferze;
- 5) W celu nawiązania dobrego kontaktu, zgodnie z częścią I ust. 4, osoba sprawująca opiekę oraz inne osoby uczestniczące bezpośrednio w udzielaniu świadczeń zdrowotnych nad pacjentką, w szczególności:
 - a) przedstawiają się i wyjaśniają swoją rolę w opiece nad pacjentką,
 - b) prezentują spokojną i wzbudzającą zaufanie postawę,
 - c) szanują jej prywatność i poczucie intymności,
 - d) każdorazowo uzyskują zgodę rodzącej na wykonanie wszelkich zabiegów i badań;
 - 6) pacjentce udziela się wyczerpującej informacji na temat stanu jej zdrowia;
 - 7) pacjentce udziela się także wszelkich informacji zarówno o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia osobom w podobnej sytuacji jak i przysługujących jej prawach;
 - 8) pacjentce udziela się wyczerpującej informacji na temat obowiązującego stanu prawnego wynikającego z przepisów o aktach stanu cywilnego, zabezpieczenia społecznego i prawa pracy dotyczącego sytuacji, w jakiej się znalazła;
 - 9) personelowi medycznemu zapewnia się wsparcie w radzeniu sobie ze stresem, w związku z opieką nad kobietą i dzieckiem, w sytuacji niepowodzenia położniczego.