

СОГЛАСОВАНО:

**Главный внештатный специалист
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
по акушерству и гинекологии
академик РАМН, профессор**

_____ **Л.В. Адамян**

« ___ » _____ **2013 г.**

УТВЕРЖДАЮ:

**Президент Российского общества
акушеров-гинекологов
академик РАМН, профессор**

_____ **В.Н. Серов**

« ___ » _____ **2013 г.**

Ведение родильниц после абдоминального родоразрешения

Клинические рекомендации

Организации-разработчики:

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И.Кулакова Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества» Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова Минздрава России

Коллектив авторов:

Серов Владимир Николаевич	Президент Российского общества акушеров-гинекологов, академик РАМН, профессор
Шмаков Роман Георгиевич	Руководитель акушерского физиологического отделения ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И.Кулакова Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н.
Баев Олег Радомирович	Руководитель родильного отделения ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И.Кулакова Министерства здравоохранения Российской Федерации, профессор
Тютюнник Виктор Леонидович	Главный врач ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И.Кулакова Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н.
Пырегов Алексей Викторович	Руководитель отделения анестезиологии и реанимации ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И.Кулакова Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н.
Филиппович Геннадий Викторович	Врач отделения анестезиологии и реанимации ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И.Кулакова Министерства здравоохранения Российской Федерации
Стрижаков Александр Николаевич	Заведующий кафедрой акушерства и гинекологии I МГМУ им. И.М.Сеченова, академик РАМН, профессор
Башмакова Надежда Васильевна	Директор ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества» Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н., профессор,

Мальгина Галина Борисовна	Заслуженный врач РФ, главный внештатный акушер-гинеколог УрФО Заместитель директора по НИР ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества» Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н.
Ерофеев Евгений Николаевич	Зав. клиникой ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества» Министерства здравоохранения Российской Федерации, к.м.н.
Кан Наталья Енкиновна	Заведующая акушерским наблюдательным отделением ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И.Кулакова Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н.
Макаров Олег Васильевич	заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова Минздрава России, профессор, д.м.н.

Рецензенты:

Подзолкова Наталья Михайловна – заведующая кафедрой ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, д.м.н., профессор

Дробинская Алла Николаевна - главный внештатный анестезиолог-реаниматолог родовспоможения МЗ НСО, доцент кафедры акушерства и гинекологии медицинского факультета МИНОБРНАУКИ России ФГБОУВПО ННИГУ, к.м.н.

СОДЕРЖАНИЕ

Аннотация.....	5
Список сокращений	6
Ведение родильниц после абдоминального родоразрешения	7-15
Приложение	
Приложение 1. Классификация уровней достоверности и доказательности рекомендаций.....	16
Приложение 2. Категории риска приема препаратов во время беременности по степени риска для плода (Классификация FDA, США).....	17
Приложение 3. Оценочный лист. Риск послеоперационных тромбоэмболических осложнений.....	18-19
Библиографический указатель.....	20-21

Аннотация

Рекомендации «Ведение родильниц после абдоминального родоразрешения» составлены на основе современных доказательных практик и предназначены для врачей акушеров-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов, терапевтов, студентов-медиков. Доказательной базой для рекомендаций явились публикации, вошедшие в Кохрейновскую библиотеку, базы данных EMBASE, PUBMED и MEDLINE. Оценка значимости рекомендаций приведена в соответствии с классификацией уровней их достоверности и доказательности (рейтинговой схемой) (приложение 1). Комментарии обсуждались коллегиально членами рабочей группы.

Список сокращений

ВАШ – визуально-аналоговая шкала

ВТЭ – венозная тромбоэмболия

НМГ – низкомолекулярный гепарин

НПВС – нестероидное противовоспалительное средство

СОЭ – скорость оседания эритроцитов

УЗИ – ультразвуковое исследование

ЭКГ - электрокардиограмма

Ведение родильниц после абдоминального родоразрешения

Ведение родильниц после операции кесарева сечения имеет свои особенности. Из них наиболее важными являются:

- **Ранний перевод из отделения реанимации в послеродовое отделение.**
- **Ранняя активизация.**
- **Отказ от применения неэффективных по данным доказательной медицины лекарственных препаратов.**
- **Адекватное обезболивание. Оценка степени боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ).**
- **Энтеральное питание.**
- **Профилактика послеоперационных осложнений.**
- **Адекватное обследование и наблюдение после операции.**
- **Ранняя выписка.**

Данный протокол основывается на современной концепции Fast track хирургии и включает использование регионарных методов анестезии, адекватный контроль за послеоперационной болью, а также активную раннюю физическую реабилитацию, включая раннее энтеральное питание и мобилизацию.

- **Ранний перевод из отделения реанимации в послеродовое отделение:**
 - через 6-8 часов после операции, выполненной в условиях нейроаксиальной (спинномозговой, эпидуральной, комбинированной спинально-эпидуральной) анестезии;
 - через 8-12 часов после операции, выполненной в условиях общей анестезии;
 - в ночные часы (с 23 до 8 часов) перевод осуществляется в плановом порядке с 8 утра.

Исключение:

1. Преэклампсия;

2. Кровотечение до, во время операции или в раннем послеоперационном периоде;
3. Тяжелая соматическая патология требующая мониторинга гемодинамики и функции жизненно важных органов, а также наблюдение врача реаниматолога.
4. Технические сложности во время операции, расширение объема операции (миомэктомия, гистерэктомия, спаечный процесс и т.д.)

Удаление мочевого катетера должно производиться после активизации пациентки и не ранее, чем через 4-6 часов после ведения последней дозы анестетика в эпидуральное пространство [D].

- **Ранняя активизация.**

Важный момент ведения послеоперационного периода - ранняя активизация пациента. Суть ее заключается в том, что через 4-6 часов после окончания операции женщине помогают сначала сесть в постели, спустить ноги на пол и затем понемногу начать ходить. Это позволяет свести к минимуму риск развития спаечных осложнений в брюшной полости, застойных явлений в легких (особенно вероятны после общей анестезии), а также тромбоэмболических осложнений при длительной иммобилизации.

Противопоказаниями к ранней активизации являются:

- температура тела выше 38°C;
- тромбоз вен нижних конечностей;
- кровотечение;
- выраженный болевой синдром у женщин (ВАШ>50мм).

- **Отказ от применения неэффективных по данным доказательной медицины лекарственных препаратов.**

Периоперационный объем инфузионной терапии у родильниц, принимающих жидкость и пищу, в среднем должен составлять 1200-1500 мл (за сутки). На следующие сутки при нормальном течении послеоперационного периода инфузионная терапия не назначается. Показаниями для проведения инфузионной терапии на 2 сутки являются:

- патологическая кровопотеря;
- парез кишечника;
- температура тела более 37,5С;
- недостаточный питьевой режим.

Препараты, обладающие нежелательными побочными эффектами (**церукал, но-шпа**), и польза действия которых, с позиций доказательной медицины, не является подтвержденной, не назначаются.

Родильницам, перенесшим операцию кесарева сечения в условиях нейроаксиальной анестезии, стимуляция кишечника **прозерин**ом проводится только по показаниям (парез кишечника и т.д.). Родильницам, перенесшим операцию кесарева сечения в условиях общей анестезии, по показаниям, назначается стимуляция кишечника прозерином по общепринятой в хирургии схеме (прозерин 1,0 подкожно, через 30 мин - очистительная клизма).

В качестве утеротонической терапии **метилэргометрин** применяется исключительно по строгим показаниям (раннее и позднее послеоперационное кровотечение). В остальных случаях препаратом выбора является **окситоцин** с преимущественным в/в капельным введением (5ЕД на 400 мл физ.р-ра) дважды в сутки в течение 2 дней.

Использование в раннем послеоперационном периоде **груза со льдом** не должно применяться, поскольку польза данного мероприятия с позиций доказательной медицины является сомнительной.

- **Адекватное послеоперационное обезболивание.**

А. Всем пациенткам (при отсутствии противопоказаний) назначаются:

- ✓ В конце операции, или в начале раннего послеоперационного периода, в/в инфузия парацетамола (перфалгана)¹
- ✓ Традиционные НПВС² как альтернатива для снижения потребления опиоидов [А] .

Б. Продолжение эпидуральной анальгезии местными анестетиками³.

В. При выраженном болевом синдроме (ВАШ>50 мм) добавить сильные опиоиды⁴ (в/в).

Г. При средней интенсивности боли (ВАШ=30-50 мм) – слабые опиоиды⁵

Примечания:

¹ Внутривенно в дозе 1 грамм. При дальнейшем назначении парацетамола его доза должна составлять 4 грамма в сутки (не более). В раннем послеоперационном периоде предпочтительней использовать внутривенную форму. Длительность применения внутривенной формы – до 72 часов.

² В раннем послеоперационном периоде следует избегать внутримышечного введения НПВС вследствие неудовлетворительной фармакокинетики и фармакодинамики, болезненностью от введения. Предпочтение следует отдавать внутривенным формам НПВС (дексалгин) с последующим переходом на пероральное их применение.

Несмотря на то, что убедительных данных отрицательного влияния НПВС на организм ребенка нет, при их назначении всегда необходимо взвешивать риск и пользу!

Препарат выбора – дексалгин (правовращающий изомер кетопрофена), побочные эффекты которого в виде ulcerогенного действия, значительно менее выражены, чем у кетопрофена. В первые сутки дексалгин назначается в/в трижды по 50 мг, на следующие сутки его можно назначать в/м трижды по 50 мг, либо перорально трижды по 25 мг.

³ Если эпидуральная блокада применялась во время операции. Для эпидуральной анальгезии после операции использовать низкие концентрации местных анестетиков длительного действия (0,2% раствор ропивакаина или 0,2% раствор бупивакаина). Целесообразно применять методику постоянной инфузии или аутоанальгезии. Болюсное введение допускается лишь при отсутствии шприцевых дозаторов.

⁴ Промедол до 20 мг, фентанил до 100 мг. Риск применения наркотических препаратов не должен превышать необходимости их использования!

⁵ Трамадол, буторфанол. Риск применения наркотических препаратов не должен превышать необходимости их использования!

• Энтеральное питание.

Родильницам, перенесшим операцию кесарева сечения в условиях нейроаксиальной анестезии, разрешается прием жидкости сразу же после окончания операции [А]. Начиная с первого часа после операции, они могут получать пищу, соответствующую общему столу, за исключением хлеба, овощей и фруктов.

Родильницам, перенесшим операцию кесарева сечения в условиях общей анестезии, разрешается прием жидкости через 2 часа после окончания операции. Этой категории родильниц энтеральное питание может быть назначено через 4-6 часов после операции – бульон; через 24 часа – общий стол.

- **Профилактика послеоперационных осложнений.**

Основными осложнениями в послеоперационном периоде являются:

- **Кровотечение** (протокол «Послеродовое кровотечение (профилактика, лечение, алгоритм ведения)»).

- **Гнойно-воспалительные осложнения** (протокол «Антибиотикопрофилактика при проведении абдоминального родоразрешения (кесарево сечение)»).

- **Тромбоэмболические осложнения.**

Профилактика тромбоэмболических осложнений.

Все женщины должны пройти документальную оценку факторов риска венозной тромбоэмболии (ВТЭ) (см. приложение 1.):

- на ранних сроках беременности или до беременности;
- при госпитализации по любой причине;
- повторно непосредственно перед и после операции.

НМГ являются препаратами выбора для послеоперационной тромбопрофилактики. НМГ являются безопасными при грудном вскармливании.

Во всех случаях (при отсутствии противопоказаний) должны использоваться эластическая или пневмокомпрессия нижних конечностей.

Противопоказания к назначению НМГ.

НМГ следует избегать у женщин с высоким риском кровотечения.

К факторам риска кровотечений при использовании НМГ являются:

- ✓ Женщины с дородовым или с массивным послеродовым кровотечением;
- ✓ Женщины с повышенным риском кровотечения (например, предлежание плаценты);
- ✓ Женщины с геморрагическими заболеваниями (болезнь фон Виллебранда, гемофилии или приобретенные коагулопатии);
- ✓ Женщины с тромбоцитопенией (количество тромбоцитов менее 75×10^9);

- ✓ Острый инсульт в течение последних 4 недель (ишемический или геморрагический);
- ✓ Тяжелые заболевания почек (скорость клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин);
- ✓ Тяжелые заболевания печени;
- ✓ Неконтролируемая артериальная гипертензия (артериальное давление выше 200 мм.рт.ст. систолическое или выше 120 мм.рт.ст. диастолическое)
- **Адекватное обследование и наблюдение после операции.**

После операции кесарева сечения и до выписки необходимо проводить динамическое наблюдение для раннего выявления послеоперационных осложнений. Осмотр включает в себя:

- ✓ Мониторный контроль в течение 2-х часов (ЭКГ, неинвазивное измерение АД, пульсоксиметрия) [GPP];
- ✓ Оценка степени боли по шкале ВАШ;
- ✓ Определение АД, пульса, оценка состояния кожных покровов;
- ✓ Оценка перистальтики кишечника,
- ✓ Наружный осмотр для определения размера матки, консистенции, болезненности;
- ✓ Оценка количества и характера лохий, соответствующие сроку инволюции матки;
- ✓ Определения состояния молочных желез (отсутствие трещин на сосках с признаками нагноения и лактостаза);
- ✓ Оценка состояния послеоперационного шва (признаков воспаления, отека, инфильтрации, расхождения);
- ✓ Пальпация вен нижних конечностей.

Частота акушерского осмотра:

- ✓ Сразу после операции кесарева сечения.
- ✓ Каждые 20-30 минут после операции в течение 2-х часов;

- ✓ Каждые 2-3 часа через 2 часа после операции до 6 часов;
- ✓ После перевода в послеродовое отделение;
- ✓ Один раз в день в послеродовом отделении;
- ✓ При любых жалобах пациентки, гипертермии, обильных кровянистых выделениях и т.д.

Клинико-лабораторные исследования после операции кесарево сечение.

После оперативного родоразрешения необходимо проведение следующих исследований:

- ✓ Клинический анализ крови на 3-е сутки;
- ✓ Гемостазиограмма на 3-е сутки только в группе среднего и высокого риска по тромбоэмболическим осложнениям;
- ✓ Ультразвуковое исследование на 3-4-е сутки после операции;
- ✓ Консультация смежных специалистов: терапевтов, хирургов, неврологов и т.д. только при возникновении показаний.
- ✓ Влагалищное исследование проводится по показаниям;
- ✓ При возникновении осложнений план обследования может меняться.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) является эффективным, безопасным и неинвазивным методом оценки состояния матки в послеродовом периоде, однако многие отечественные и зарубежные авторы в своих работах ориентируются не на результаты УЗИ, а на клинические и лабораторные показатели.

Критерии нормального ультразвукового исследования после операции кесарево сечение:

- ✓ Исследование должно производиться на 3-4-е сутки при умеренно наполненном мочевом пузыре
- ✓ При измерении ширины полости матки максимально допустимое расширение в верхней и средней трети составляет 1,5 см, в нижней трети – 1,8 см.

- ✓ При любой ширине в полости матки не должны визуализироваться остатки плацентарной ткани, которая определяется как образование повышенной эхогенности округлой формы губчатой структуры с наличием зон васкуляризации.
- ✓ Остатки отторгающейся децидуальной ткани могут визуализироваться в норме, интерпретация результатов зависит от количества фрагментов ткани.
- ✓ Наличие газа (гиперэхогенных включений) в полости матки допустимо, однако интерпретация результатов зависит от клинико-лабораторных данных.
- ✓ При оценке области шва на матке и передней брюшной стенке
 - а. не должны визуализироваться инфильтраты
 - б. при наличии патологических образований необходимо четко описывать размер и локализацию, при больших размерах (более 5 см) интерпретация результатов зависит от клинико-лабораторных данных и данных динамического УЗИ.
 - с. при наличии гиперэхогенных образований в области шва необходимо уточнять у хирургов наличие гемостатических губок.
- ✓ При оценке области параметрия необходимо оценивать наличие или отсутствие объемных образований (в т.ч. и забрюшинной локализации) и гематом.
- ✓ Также оценивается количество свободной жидкости в малом тазу и в брюшной полости.

Грудное вскармливание: рекомендовано раннее прикладывание к груди, совместное пребывание матери и ребенка.

Критерии перевода в наблюдательное отделение:

- эндометрит;
- раневая инфекция;
- тромбофлебит;
- гипертермия более 38⁰С, измеренная 3-хкратно с интервалом в час.

Температура тела до 38°C и лейкоцитоз в течение 24 часов после родоразрешения (в том числе после кесарева сечения) допустимы. Чаще всего причиной является дегидратация, поэтому тактика ведения — обильное питье, инфузионная терапия (по показаниям). Назначение противовоспалительной терапии не показано. Кроме этого, уровень СОЭ обладает низкой прогностической ценностью для подтверждения наличия инфекции.

При субфебрильной температуре в послеродовом периоде (до 37,5°C в течение более 24 часов со 2-х суток послеродового периода при отсутствии клинических признаков эндометрита):

- контроль температуры тела через 3 часа с записью в истории родов;
- бак-посев из полости матки;
- провести дифференциальную диагностику с другими возможными причинами повышения температуры тела.

Критерии выписки:

Предпочтительна ранняя выписка при отсутствии гипертермии и неосложненном течении послеоперационного периода [А] (4-5 сутки)

- ✓ размер матки, соответствующий нормальным срокам инволюции по данным гинекологического осмотра и УЗИ;
- ✓ отсутствие трещин на сосках с признаками нагноения и лактостаза;
- ✓ область швов без признаков воспаления, выписка возможна в нерассасывающемся шовным материалом с последующим удалением шовной нити по месту жительства;
- ✓ отсутствие гипертермии (выше 37.2С)
- ✓ повышенное количество лейкоцитов в крови обладает низкой прогностической ценностью для подтверждения наличия инфекции.

При этом формула крови должна быть в пределах нормативов.

При выписке всем женщинам проводится консультирование по послеродовому периоду.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Классификация уровней достоверности и доказательности рекомендаций

Качество научных доказательств: градация по уровням	
1a	Доказательства, полученные из систематических обзоров (мета-анализов) рандомизированных контролируемых исследований
1b	Доказательства, полученные из рандомизированных контролируемых исследований
2a	Доказательства, полученные из контролируемых исследований с хорошим дизайном без рандомизации
2b	Доказательства, полученные из полуэкспериментальных исследований с хорошим дизайном (проспективные или ретроспективные когортные исследования; исследования «случай-контроль»)
3	Доказательства, полученные из неэкспериментальных описательных исследований с хорошим дизайном (сравнительные исследования, корреляционные исследования, описания случаев)
4	Доказательства, полученные из сообщений экспертных комитетов или мнений и/или клинического опыта авторитетных специалистов
Надежность клинических рекомендаций: градация по категориям	
A	Рекомендации основываются на качественных и надежных научных доказательствах
B	Рекомендации основываются на ограниченных или слабых научных доказательствах
C	Рекомендации основываются главным образом на согласованном мнении экспертов, клиническом опыте

Приложение 2.

Категории риска приема препаратов во время беременности по степени риска для плода (Классификация FDA, США)

Категория	Описание категории
А	Адекватные исследования у беременных женщин не показали какого-либо вреда для плода в первом и последующих триместрах беременности.
В	Исследования на животных не выявили никаких вредных воздействий на плод, однако исследований у беременных женщин не проводилось. Или в исследованиях на животных вредное влияние было обнаружено, но адекватные исследования у женщин риска для плода не выявили.
С	Исследования на животных выявили вредное воздействие на плод, но адекватных исследований у людей не проводилось. Или исследования у человека и животных не проводилось. Препарат иногда может приниматься беременными женщинами по показаниям, несмотря на потенциальный риск.
D	имеются сведения о риске для человеческого плода, но потенциальная польза от лечения этим препаратом может превалировать над потенциальным риском (когда нет более безопасных препаратов или они неэффективны).
X	Исследования у человека и животных показали патологию плода, или имеются указания о риске для плода. Вред для плода бесспорно перевешивает потенциальную пользу лечения этим препаратом, поэтому противопоказан беременным женщинам.

Оценочный лист.

Риск послеоперационных тромбоэмболических осложнений

Ф.И.О. _____

Дата операции _____ Возраст _____ Вес _____ Рост _____

Название операции _____

Продолжительность операции (в минутах) _____

Факторы риска развития тромбозов

I. Анамнестические данные:	баллы
Семейный тромботический анамнез	5
Развитие первого эпизода тромбоза в возрасте до 40 лет	
Нетипичная локализация тромбоза (в мезентериальных, почечных, портальных, церебральных венах)	
Тромботические осложнения после травм и операций	
Тромбозы и рецидивирующие тромбофлебиты во время беременности и после родов	
Рецидивирующие венозные тромбозы при лечении антикоагулянтами, терапии эстраген-гестагенными препаратами	
II. Соматические факторы:	
Возраст более 35 лет	1
Курение	
Множественные внутривенные манипуляции	
Артериальная гипертензия	2
Нефротический синдром	
Дегидратация	
Ожирение ИМТ>30	
Варикозное расширение вен ног	3
Объемные оперативные вмешательства	
Сахарный диабет I типа	
Длительная иммобилизация (более 4 суток)	4
Злокачественные заболевания	
Инфекционно-воспалительные состояния в активной фазе	
III. Акушерско-гинекологические осложнения:	баллы
Многоплодная беременность	2
Наличие в прошлом 2-х и более потерь беременности ранних сроков	3
Миома матки больших размеров. Множественная миома матки.	

Повторные оперативные вмешательства во время данной беременности	
Тяжёлая форма преэклампсии, внутриутробная гибель плода во время данной беременности	4
ИТОГО	

Низкий фактор риска развития ВТЭ (женщины после планового кесарева сечения (до 45 минут) с неосложненной беременностью и без других факторов риска)

- эластическая компрессия нижних конечностей.

Средний фактор риска развития ВТЭ (2-5 баллов)

- Перемежающаяся пневмокомпрессия (ППК), низкомолекулярные гепарины (НМГ) в течение 6-7 дней.

Высокий фактор риска развития ВТЭ (более 5 баллов)

- ППК, НМГ (в течение 6 недель после родов).

При **бессимптомной наследственной тромбофилии** без других факторов риска - рассмотрение вопроса о профилактическом назначении НМГ на 6-7 дней послеродового периода.

При **дефиците антитромбина III, гомозиготных мутациях фактора V Leiden, протромбина G20210A** или с дополнительными факторами риска, тромбопрофилактика проводится в течение 6 недель после оперативного родоразрешения.

Женщинам с предыдущими тромбозами и **антифосфолипидным синдромом** должна быть проведена тромбопрофилактика как до родов, так и в течение 6 недель после родов.

Женщинам с персистирующими **антифосфолипидными антителами**, не имеющими в анамнезе ВТЭ и других факторов риска, должна проводиться тромбопрофилактика НМГ в течение 6-7 дней послеродового периода.

Назначенная профилактика:

- Ранняя активизация
- Эластическая компрессия нижних конечностей
- Перемежающаяся пневмокомпрессия
- Низкомолекулярный гепарин _____ в дозе _____
- Нефракционированный гепарин в дозе _____
- Варфарин
- Другое _____

Ф.И.О. врача _____ Подпись _____

Список литературы

1. Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбозомболических осложнений. - М: Медиа Сфера, 2010 - 53 с.
2. Göçmen A, Göçmen M, Saraoğlu M. Early post-operative feeding after caesarean delivery. // J Int Med Res. – 2002. - Sep-Oct;30(5) - p.506-511.
3. Ian Smith, Peter Kranke, Isabelle Murat, Andrew Smith, Geraldine O’Sullivan, Eldar Søreide, Claudia Spies and Bas in’t Veld // Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the European Society of Anaesthesiology Eur J Anaesthesiol 2011. -28. – p.556–569
4. Mangesi L, Hofmeyr GJ. Early compared with delayed oral fluids and food after caesarean section [review]. Cochrane Database Syst Rev 2002:CD003516.
5. Mulayim B, Celik NY, Kaya S, Yanik FF. Early oral hydration after cesarean delivery performed under regional anesthesia. Int J Gynaecol Obstet 2008; 101:273–276.
6. Nicolaides A.N. Prevention and treatment of venous tromboembolism. International consensus statement. // Guidelines according to scientific evidence. // Int Angiol. – 2006. – 25 (2). – p. 101-161.
7. Orji EO, Olabode TO, Kuti O, Ogunniyi SO. A randomised controlled trial of early initiation of oral feeding after cesarean section. // J Matern Fetal Neonatal Med. – 2009. - Jan;22(1). –p.65-71.
8. Prevention and management of venous thromboembolism. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Prevention and management of venous thromboembolism. A national clinical guideline. // Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) - 2010 Dec. - 101 p.

9. Reducing the risk of thrombosis and embolism during pregnancy and the puerperium. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). // Green-top guideline. - no. 37. – 2009. - 35 p.
10. Thromboembolic disease in pregnancy and the puerperium: acute management. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). // Green-top guideline. - no. 28. – 2007. - 17 p.
11. Thromboembolism in pregnancy. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). // ACOG practice bulletin. - no. 123. - 2011. - 12 p.