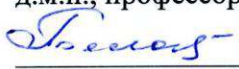


**Краевая общественная организация
«Забайкальское общество акушеров-гинекологов»
Региональная общественная организация
«Забайкальское общество анестезиологов-реаниматологов»
Некоммерческое Партнерство «Забайкальская медицинская палата»**

«УТВЕРЖДАЮ»

Президент КОО «Забайкальское
общество акушеров-гинекологов»,
д.м.н., профессор

 Т.Е. Белокриницкая
«14» мая 2017 г.



«УТВЕРЖДАЮ»

Председатель Совета РОО
«Забайкальское общество
анестезиологов-реаниматологов»,
д.м.н., доцент

 К.Г. Шаповалов
«14» мая 2017 г.



«УТВЕРЖДАЮ»

Президент Некоммерческого Партнерства
«Забайкальская медицинская палата»,
д.м.н., доцент

 О.В. Серебрякова
«22» мая 2017 г.



**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ)
ПО ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПО ПРОФИЛЮ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»**

Чита 2017

Клинические рекомендации (протоколы) по оказанию скорой медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».- Чита, 2017.- 49 с.

Авторы-составители:

Белокриницкая Т.Е. – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета, ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Читинская Государственная медицинская академия» Минздрава России, член Правления Российского общества акушеров-гинекологов, член Совета Ассоциации Акушерских анестезиологов-реаниматологов, президент КОО «Забайкальское общество акушеров-гинекологов».

Шаповалов К.Г. – проректор по лечебной работе и ДПО ФГБОУ ВО ЧГМА, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии ФГБОУ ВО «Читинская Государственная медицинская академия» Минздрава России, член Совета Ассоциации Акушерских анестезиологов-реаниматологов, председатель Совета РОО «Забайкальское общество анестезиологов-реаниматологов».

Рецензенты:

Артымук Н.В. – д.м.н., профессор, главный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Сибирском Федеральном Округе, зав. кафедрой акушерства и гинекологии №2 ФГБОУ ВО «Кемеровская Государственная медицинская академия» Минздрава России, член Правления Российского общества акушеров-гинекологов, президент Кемеровской региональной общественной организации «Ассоциация акушеров-гинекологов».

Малярчиков А.В. – к.м.н., доцент, директор Центра медицинской симуляции, сертификации и аккредитации ФГБОУ ВО «Читинская Государственная медицинская академия» Минздрава России.

Клинические рекомендации обсуждены врачами акушерами-гинекологами и анестезиологами-реаниматологами Забайкальского края; обсуждены и утверждены на заседаниях Совета Забайкальского общества акушеров-гинекологов и Совета Забайкальского общества анестезиологов-реаниматологов, приняты решением Экспертного совета по разработке клинических протоколов ведения больных Министерства здравоохранения Забайкальского края 17 мая 2017 г, утверждены Советом Некоммерческого Партнерства «Забайкальская медицинская палата» 22 мая 2017 г и приказом № 256 Министерства здравоохранения Забайкальского края от 26 мая 2017 г.



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ**

ПРИКАЗ

26 мая 2017г

№ *256*

г. Чита

**О внедрении клинических протоколов
оказания скорой медицинской помощи
при акушерских и гинекологических
заболеваниях**

В соответствии с решением Экспертного Совета по разработке клинических протоколов ведения больных Министерства здравоохранения Забайкальского края от 17.05.2017 года, с целью обеспечения качества оказания медицинской помощи населению, совершенствования ведомственного и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, на основании Положения о Министерстве здравоохранения Забайкальского края

приказываю:

1. Внедрить:

- 1) клинический протокол оказания скорой медицинской помощи при апоплексии яичника (Приложение № 1);
- 2) клинический протокол оказания скорой медицинской помощи при воспалительных заболеваниях женских половых органов (Приложение № 2);
- 3) клинический протокол оказания скорой медицинской помощи при внематочной (эктопической) беременности (Приложение № 3);
- 4) клинический протокол оказания скорой медицинской помощи при самопроизвольных родах (Приложение № 4);
- 5) клинический протокол оказания скорой медицинской помощи при травмах женских половых органов (Приложение № 5);

6) клинический протокол оказания скорой медицинской помощи при угрозе прерывания беременности на сроках гестации до 22 недель (Приложение № 6);

7) клинический протокол оказания скорой медицинской помощи при urgentных негравидарных метроррагиях (аномальных маточных кровотечениях) (Приложение № 7);

8) клинический протокол оказания скорой медицинской помощи при артериальной гипертензии у беременных, преэклампсии и эклампсии (Приложение № 8);

9) схема доклада и консультации врачом ГКУЗ «Забайкальский территориальный центр медицины катастроф» пациенток по профилю «акушерство и гинекология», находящихся на лечении в медицинских организациях районов Забайкальского края (Приложение № 9).

2. Сотрудникам Министерства здравоохранения Забайкальского края в рамках ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности обеспечить мониторинг выполнения клинических протоколов в государственных учреждениях здравоохранения.

3. Главным врачам государственных учреждений Забайкальского края организовать внедрение клинических протоколов и мониторинг их выполнения в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

4. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя министра – начальника отдела охраны материнства и детства Н.Г.Игнатьеву.

И.о.министра

И.И.Шовдра

Согласовано: Н.Г.Игнатьева
И.Э.Бизяева

Испл: О.Ю.Тимофеева 8(3022) 21-02-85

Оглавление

Клинические протоколы оказания скорой медицинской помощи	
Внематочная (эктопическая) беременность.....	3
Самопроизвольные роды.....	9
Угроза прерывания беременности на сроках гестации до 22 недель.....	20
Артериальная гипертензия у беременных, преэклампсия, эклампсия.....	24
Апоплексия яичника.....	32
Воспалительные заболевания женских половых органов.....	36
Травмы женских половых органов.....	40
Ургентные негравидарные метrorрагии (аномальные маточные кровотечения).....	44
Схема доклада и консультации врачом ГКУЗ «Забайкальский территориальный центр медицины катастроф» пациенток по профилю «акушерство и гинекология», находящихся на лечении в медицинских организациях районов Забайкальского края (чек-лист).....	48

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИН- СКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ (ЭКТОПИЧЕСКОЙ) БЕРЕМЕННОСТИ

Авторы-составители:

Белокриницкая Т.Е. – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета, ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Читинская Государственная медицинская академия» Минздрава России, член Правления Российского общества акушеров-гинекологов, член Совета Ассоциации Акушерских анестезиологов-реаниматологов, президент КОО «Забайкальское общество акушеров-гинекологов»

Шаповалов К.Г. – проректор по лечебной работе и ДПО ФГБОУ ВО ЧГМА, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии ФГБОУ ВО «Читинская Государственная медицинская академия» Минздрава России, член Совета Ассоциации Акушерских анестезиологов-реаниматологов, председатель Совета РОО «Забайкальское общество анестезиологов-реаниматологов»

Клинические рекомендации (протокол лечения) разработан на основе сведений доказательной медицины, приказа МЗ РФ 572н «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (2012), клинических рекомендаций (протокола лечения) «Внематочная (эктопическая) беременность», утвержденных МЗ РФ 6 февраля 2017 года № 15-4/10/2-729 (авторы Адамян Л.В., Артымук Н.В., Белокриницкая Т.Е. и др.). Москва, 2017. 36 с.).

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Внематочная (эктопическая) беременность (ВБ) – имплантация плодного яйца вне полости матки (например, в маточных трубах, шейке матки, яичниках, брюшной полости).

Классификация по МКБ-10

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
О 00.0	Абдоминальная (брюшная) беременность
О 00.1	Трубная беременность
О 00.2	Яичниковая беременность
О 00.8	Другие формы внематочной беременности (1) Шеечная. (2) В роге матки. (3) Интралигаментарная. (4) Стеночная.
О 00.9	Внематочная беременность неуточненная.
Осложненные формы	
О 08.0	Инфекция половых путей и тазовых органов, вызванная абортom, внематочной и молярной беременностью.
О 08.1	Длительное или массивное кровотечение, вызванное абортom, внематочной и молярной беременностью.
О 08.2	Эмболия, вызванная абортom, внематочной и молярной беременностью.
О 08.3	Шок, вызванный абортom, внематочной и молярной беременностью.
О 08.4	Почечная недостаточность, вызванная абортom, внематочной и молярной беременностью.
О 08.5	Нарушения обмена веществ, вызванные абортom, внематочной и молярной беременностью.
О 08.6	Повреждения тазовых органов и тканей, вызванные абортom, внематочной и молярной беременностью.
О 08.7	Другие венозные осложнения, вызванные абортom, внематочной и молярной беременностью.
О 08.8	Другие осложнения, вызванные абортom, внематочной и молярной беременностью.

На догоспитальном этапе целесообразно классифицировать внематочную беременность по клиническому течению:

По течению:

- Прогрессирующая ВБ.
- Нарушенная ВБ.

По наличию осложнений:

- Осложненная ВБ.
- Неосложненная ВБ.

Следует помнить о факторах риска внематочной беременности

№	Фактор	Кратность увеличения риска
1.	Операции на маточных трубах в анамнезе	21.0
2.	Стерилизация	9.3
3.	Эктопические беременности в анамнезе	8.3
4.	Внутриматочная контрацепция	5.0
5.	Воспалительные заболевания органов малого таза в анамнезе	3.4
6.	Бесплодие 2 года и более	2.7
7.	Возраст матери:	
	- более 40 лет	2.9
	- 35-39 лет	1.4
8.	Курение:	
	≥ 20 сигарет в день	3.9
	10-19 сигарет в день	3.1
	1-9 сигарет в день	1.7
	Бросившие курить	1.5

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Диагностика

Оценить факторы риска ВБ, изучить анамнез и результаты дополнительных исследований (при их наличии).

Критерии, на основании которых врачу следует заподозрить внематочную беременность:

- содержание β -ХГЧ в сыворотке крови 1000-2000 МЕ/л;
- при трансвагинальном УЗИ плодное яйцо в матке не визуализируется;
- абдоминальный болевой синдром в сочетании с положительным результатом теста на беременность в моче.

1. Прогрессирующая ЭБ:

• Нарушение менструальной функции (часто – задержка и нетипичный характер последней менструации), другие вероятные признаки беременности: нагрубание молочных желез; тошнота, вкусовые изменения.

- Тянущие боли без четкой локализации, чаще односторонние.
- Тест на беременность положительный (сомнительный), уровень ХГЧ несколько ниже, чем при маточной беременности этого срока (β -ХГЧ более 2000 ЕД/л при УЗИ в матке беременности нет).

- При влагалищном исследовании (только для специализированной бригады скорой медицинской помощи) – отсутствие ранних признаков маточной беременности: асимметрии и/или размягчения матки и ее перешейка (симптомы Пискачека, Гентера).

- Размеры матки не соответствуют срокам гестации.

- В области придатков пальпируется болезненное образование тестообразной консистенции.

- Внимание! При подозрении на шейчную беременность бимануальное и ректальное исследования на догоспитальном этапе не проводить!

2. Нарушенная ЭБ: клиническая картина обусловлена гемоперитонеумом, а выраженность ее зависит от длительности и интенсивности кровотечения.

- Общие признаки кровопотери – снижение давления, частый пульс, слабость, головокружение, бледность кожных покровов, тошнота, иногда, жидкий стул – возникают при дефиците ОЦК, как правило, более 15%.

- Вздутие, боли в животе без четкой локализации с иррадиацией в задний проход, внутреннюю поверхность бедра.

- Симптомы раздражения брюшины (Блумберга-Щеткина).

- Больная стремится принять сидячее положение, что уменьшает боль в животе (симптом «ваньки-встаньки»).

- Френикус-симптом.

- Симптом Куленкамппфа (болезненность и симптомы раздражения брюшины без напряжения брюшной стенки).

- Притупление перкуторного звука в отлогих частях живота.

- При пальцевом исследовании прямой кишки определяется нависание ее передней стенки; при влагалищном исследовании (только для специализированной бригады скорой медицинской помощи) — уплощение сводов, нависание заднего свода, резкая его болезненность («крик Дугласа»).

- Нарушенная шейная беременность характеризуется массивным наружным кровотечением.

Маршрутизация

1. Все пациентки с диагнозом «подозрение на ВБ» должны быть госпитализированы бригадой скорой помощи. Не допускается самостоятельная транспортировка.

2. Пациентки с диагнозом ВБ госпитализируются в гинекологическое отделение бригадой скорой помощи. При наличии геморрагического шока бригада СМП должна заранее оповестить стационар, куда эвакуируется больная.

3. При тяжелом состоянии больной, обусловленном геморрагическим шоком, пациентка должна быть госпитализирована в ближайшее хирургическое отделение.

4. Любая форма прогрессирующей внутубарной ВБ должна быть госпитализирована в стационар 3-ей группы бригадой скорой помощи.

5. При подозрении на ВБ шейечной локализации на доклиническом этапе гинекологическое исследование не производить из-за опасности усиления кровотечения.

Лечение:

1. При прогрессирующей ВБ терапии на догоспитальном этапе не требуется. Медицинская эвакуация сидя. Контроль АД в процессе медицинской эвакуации.

2. Алгоритм действий при нарушенной ВБ

На догоспитальном этапе у пациентки с кровотечением вследствие прервавшейся внематочной беременности основным мероприятием является медицинская эвакуация в ближайшее ЛПУ для оперативного лечения.

При развитии геморрагического шока следует заранее оповестить стационар, куда эвакуируется больная, согласовав возможность оказания экстренной хирургической помощи.

Любые диагностические и лечебные мероприятия не должны удлинять время медицинской эвакуации на этап хирургической остановки кровотечения.

При выявлении геморрагического шока нужно своевременно оповестить стационар, куда пациентка будет госпитализирована для подготовки к хирургическому лечению и проведению интенсивной терапии.

На догоспитальном этапе необходимо выполнить:

1. Оценить тяжесть кровопотери: цвет и температура кожного покрова, нарушения микроциркуляции, слизистых, АД, ЧСС, диурез, сознание.

Показатель	Степени тяжести кровопотери			
	I	II	III	IV
Потеря крови, мл	<750	750–1500	1500–2000	>2000
Пульс, уд в мин	<100	≥100	>120	>140
Артериальное	норма	норма	снижено	снижено

давление				
Пульсовое давление, мм рт. ст.	норма	снижено	снижено	снижено
Частота дыханий, в мин	14–20	20–30	30–40	>40
Диурез, мл/ч	>30	20–30	5–15	Анурия
Сознание	Легкое беспокойство	Умеренное беспокойство	Беспокойство спутанность	Сонливость

2. Катетеризация периферической вены и начало инфузионной терапии: кристаллоиды 500-1000 мл.

3. Если применения кристаллоидов недостаточно для лечения гиповолемии при острой кровопотере, вводят препараты гидроксиэтилированного крахмала в дозе не более 30 мл/кг (инструкция к препарату от 10.01.2017 г). Введение препаратов ГЭК так же показано при агональном состоянии на фоне острой массивной кровопотери.

4. При исходной артериальной гипотонии (АДсист менее 90 мм рт.ст.) не следует стремиться повысить АД выше 100 мм рт.ст. до хирургической остановки кровотечения (опасность усиления внутрибрюшного кровотечения). В случае длительной транспортировки пациентки с тяжелым геморрагическим шоком и неэффективности инфузионной терапии (нет подъема АД) допустимо использование вазопрессоров (норадреналина!).

5. Гемостатическая терапия: введение внутривенно 1 г транексамовой кислоты при подозрении или диагностике массивной кровопотери и геморрагического шока.

6. Необходимо обеспечить ингаляцию кислорода, при декомпенсированной дыхательной недостаточности – ИВЛ.

7. При нарушенной шейной беременности с обильным кровотечением брюшную аорту придавить кулаком к позвоночнику слева от пупка.

8. Медицинская эвакуация в стационар осуществляется на каталке.

Медицинская эвакуация из одного в другой стационар пациенток с продолжающимся кровотечением (или подозрением на него) противопоказана.

Что нельзя делать:

- Нельзя вводить преднизолон.

- При подозрении на шеечную беременность не проводить влагалищное и ректальное исследование на догоспитальном этапе (усиление кровотечения!).

Дальнейшее ведение пациента:

- Все пациентки с подозрением на ВБ эвакуируются в гинекологический стационар.
- При развитии геморрагического шока следует заранее оповестить стационар, куда эвакуируется больная, согласовав возможность оказания экстренной хирургической помощи.
- Транспортировка пациентки на каталке.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ РОДАХ

Авторы-составители:

Белокриницкая Т.Е. – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета, ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Читинская Государственная медицинская академия» Минздрава России, член Правления Российского общества акушеров-гинекологов, член Совета Ассоциации Акушерских анестезиологов-реаниматологов, президент КОО «Забайкальское общество акушеров-гинекологов»

Дашкевич О.Ю. – заслуженный врач Забайкальского края, заведующая родильным отделением ГБУЗ «Забайкальский краевой перинатальный центр», член КОО «Забайкальское общество акушеров-гинекологов»

Клинические рекомендации (протокол лечения) разработан на основе сведений доказательной медицины, приказа МЗ РФ 572н «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (2012), клинических рекомендаций (протокола лечения) «Оказание медицинской помощи при одноплодных родах в затылочном предлежании (без осложнений) и в послеродовом периоде», утв. МЗ РФ 27 мая 2014 №15-4/10/2-3185 (авторы Адамян Л.В., Филиппов О.С., Артымук Н.В., Белокриницкая Т.Е. и др.). – Москва, 2014. – 27 с.; Клинических рекомендаций (протокола) «Медицинская эвакуация беременных и родильниц», утв. МЗ РФ 2 октября 2015 № 15-4/10/2-5802 (авторы Артымук Н.В., Белокриницкая Т.Е., Братищев И.В. и др.). – Москва, 2015. – 14 с.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Самопроизвольные роды – это роды одним плодом в затылочном предлежании, которые начались спонтанно, прошли без осложнений, при которых ребенок родился спонтанно в затылочном предлежании, после родов родильница и новорожденный чувствуют себя удовлетворительно. Нормальные самопроизвольные роды в головном предлежании не подразумевают использование в первом периоде родов утеротонических средств и рассечение промежности (перинео-, эпизиотомию).

Классификация по МКБ-10

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
O80.9	Одноплодные самопроизвольные роды неуточненные
O84.0	Роды многоплодные, полностью самопроизвольные
O84.8	Другое родоразрешение при многоплодных родах
O84.9	Роды многоплодные неуточненные

КЛАССИФИКАЦИЯ

Различают:

- Преждевременные роды, наступившие при сроке беременности от 22 до 37 нед.
- Своевременные роды – это роды в сроке 37 недель 1 день – 41 неделя гестации.

В течение родов наблюдают три периода:

- 1 период – период раскрытия шейки матки;
- 2 период – период изгнания плода;
- 3 период – последовый период.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Основная цель оказания помощи во время нормальных родов — обеспечить безопасность для женщины и ребенка при минимальном вмешательстве в физиологический процесс, включая латентную фазу родов.

Диагностика:

1. *Решить вопрос о возможности эвакуации роженицы в родильный дом.*

2. Оценить данные общего и акушерского анамнеза:

- количество беременностей и родов в анамнезе, их течение, наличие осложнений;

- течение настоящей беременности: угроза прерывания беременности, общая прибавка в весе, динамика артериального давления, изменения в анализах крови (по данным обменной карты);

- данные общего объективного исследования.

3. Оценить период родов: начало схваток, их регулярность, продолжительность, интенсивность, болезненность. Провести 4 приёма наружного исследования: определить высоту стояния дна матки, положение и позицию плода, характер предлежащей части и её отношение к плоскости входа в малый таз (подвижна над входом в таз, фиксирована малым

сегментом, большим сегментом во входе в таз, в полости малого таза, на тазовом дне. Произвести аускультацию плода.

4. Оценить характер выделений: наличие кровянистых выделений, подтекание околоплодных вод, наличие в них мекония.

NB! При меконииальном окрашивании околоплодных вод и любом нарушении сердечного ритма плода *вызвать на себя неонатологическую реанимационную бригаду.*

5. При необходимости произвести влагалищное исследование.

6. Сформулировать диагноз, отражающий следующие позиции:

- срочные или преждевременные роды;
- период родов;
- характер излития околоплодных вод – преждевременное (до начала схваток), раннее (с началом родовой деятельности, но до открытия шейки матки 7 см);
- осложнения беременности и родов;
- особенности акушерско-гинекологического анамнеза;
- сопутствующая экстрагенитальная патология.

Ведение роженицы:

При наличии условий и возможностей транспортировки необходимо произвести срочную эвакуацию в акушерский стационар или перинатальный центр, согласно принятой маршрутизации (приказ МЗ ЗК).

При отсутствии возможности транспортировки роженицы в родильный дом следует приступить к ведению родов. Бритье наружных половых органов и очистительную клизму не производить. Наружные половые органы обработать водой с мылом и кожным антисептиком. Заменить нательное бельё, по возможности – принять гигиенический душ. Заменить постельное бельё, под него подложить клеенку.

ВЕДЕНИЕ ПЕРВОГО ПЕРИОДА РОДОВ

В первом периоде нормальных родов не следует:

- 1) использовать утеротоники (окситоцин) для медикаментозного усиления маточных сокращений и ускорения родов;
- 2) заставлять пациентку тужиться раньше того времени, пока она сама не пожалуется на чувство сильного давления на задний проход.

Ведение периода раскрытия, как правило, активно-выжидательное.

1. Возможность свободного положения пациентки в родах. При излитии околоплодных вод при не прижатой головке рекомендуется положение на боку.

2. Обучение женщины технике дыхания во время родов.
3. Исследование пульса – каждый час, артериального давления на периферических артериях каждые 4 часа, измерение температуры тела - 1 раз в 4 часа.
4. Контрактильная деятельность матки – каждые 30 мин, с документальной регистрацией полученных данных.
5. Оценку частоты и объема мочеиспускания – самоконтроль женщины (необходимо предлагать чаще посещать туалет – контроль за мочеиспусканием каждые 2-3 часа). При отсутствии самостоятельного мочеиспускания – выведение мочи катетером.
6. Мониторинг сердечной деятельности плода (аускультация каждые 30 мин).

Необходимо выяснять самочувствие – степень болевых ощущений, наличие головокружения, головной боли, расстройства зрения.

ВЕДЕНИЕ ВТОРОГО ПЕРИОДА РОДОВ

Второй период родов

С момента полного раскрытия маточного зева до рождения ребенка.

В среднем, второй период родов у первородящих длится 1,1 час у повторнородящих – 0,4 часа.

Особенностями ведения второго периода родов является:

- 1) Нахождение медицинского персонала с роженицей постоянно.
- 2) Документированный мониторинг:
 - АД, ЧСС роженицы 1 раз в час;
 - контроль за опорожнением мочевого пузыря 1 раз в час;
 - мониторинг родовых схваток каждые 30 минут;
 - мониторинг сердечной деятельности плода после каждой схватки;
- 3) Роды ведутся с пассивным (на фоне схваток) опусканием головки на тазовое дно, избегая управления потугами с задержкой дыхания при глубоком вдохе (прием Вальсальвы).

NB! Любые приемы выдавливания плода (в т.ч. - Кристеллера) не проводить!

- 4) Подготовить место для принятия родов (разложить чистые пеленки или одноразовый пакет для приема родов, нагреть пеленки, которыми будут обтирать ребенка, подготовить необходимые инструменты для родов, приготовить шапочку и носочки для ребенка).

5) Рождение ребенка может происходить в любом положении, которое выбрала сама женщина. Наиболее удобное положение в родах – полусидя. Наиболее неудобное и опасное для плода положение – лежа на спине.

6) Приступать к приему родов при появлении головки из половой щели 2-4 см в диаметре, вне потуги головка не уходит.

7) Пуповину следует пересекать стерильными инструментами, обработав её кожными антисептиками, после прекращения пульсации сосудов или через 1-3 минуты после рождения ребенка.

В родах не следует:

1) выполнять рутинную эпизио-, перинеотомию;
2) использовать утеротоники (окситоцин) для укорочения второго периода родов;

3) противодействовать разгибанию головки;

4) форсировать рождение ребенка за одну потугу. После рождения головки необходимо дать возможность головке повернуться, а плечикам развернуться самостоятельно, в это время провести пальцевое исследование шейной борозды в целях диагностики обвития пуповины вокруг шеи. При тугом обвитии пересечь пуповину между 2 зажимами, при не тугом – ослабить натяжение пуповины и дождаться следующей потуги. Цианоз личика не является опасным признаком;

5) поднимать ребенка при не пережатой пуповине выше тела матери (уровня плаценты);

6) использовать окситоцин и метилэргометрин во втором периоде родов для профилактики кровотечения.

Приём родов заключается в оказании акушерского пособия, к которому приступают при появлении головки из половой щели 2-4 см в диаметре.

Как только подзатылочная ямка подойдет под лонную дугу (принимая роды ощущает затылок в ладони), а с боков можно прощупать теменные бугры, приступают к выведению головки. Роженицу просят не тужиться; ладонью левой руки обхватывают вышедшую часть головки, а ладонью правой руки с отведённым большим пальцем обхватывают промежность и медленно, как бы снимая её с головки (с лица), одновременно другой рукой бережно приподнимают головку кверху – при этом над промежностью сначала показывается лоб, затем нос, рот и, наконец, подбородок. Выводить головку нужно непременно до тех пор, пока промежность «не сойдет» с подбородка – пока подбородок не выйдет наружу. Всё это проделывают обязательно вне схватки.

Родившаяся головка обычно поворачивается затылком в сторону бедра матери, иногда наружный поворот головки задерживается. Если показаний к

немедленному окончанию родов не имеется (внутриутробная асфиксия плода, кровотечение), не следует торопиться, надо дожидаться самостоятельного наружного поворота головки, в таких случаях женщину просят потужиться, при этом головка поворачивается затылком в сторону бедра матери и переднее плечико подходит под лоно. Если переднее плечико не подошло под лоно, оказывается помощь: кладут ладони на височно-шейные поверхности и, осторожно, бережно оттягивая головку книзу, подводят переднее плечико под лонное сочленение. Далее обхватывают головку левой рукой так, что ладонь её ложится на нижнюю щеку, и приподнимают головку, а правой рукой, подобно тому, как это делали при выведении головки, осторожно сдвигают промежность с заднего плечика.

Когда оба плечика вышли, осторожно обхватывают младенца за туловище в области подмышечных впадин и, приподнимая кверху, извлекают полностью из родовых путей.

Акушерское ручное пособие при прорезывании головки должно быть всегда максимально бережным, оно имеет целью, прежде всего, помочь рождению здорового ребёнка, не причиняя ему никакой травмы, и одновременно сохранить по возможности целостность тазового дна.

Обсушивание новорождённого, осмотр и оценка состояния

Испарения с поверхности кожи приводят к снижению температуры тела новорождённого в течение нескольких секунд после рождения. Это интенсивный сенсорный стимул, вызывающий спонтанное дыхание после рождения. В этот момент потеря тепла носит физиологический характер, её невозможно избежать. Если охлаждение продолжается в течение нескольких минут, то температура тела ребёнка снижается до 36 градусов С и ниже, развивается гипотермия, что является патологическим состоянием, которое необходимо предупредить.

NB! После рождения необходимо положить ребенка на живот матери и укрыть его сухой теплой пеленкой. Пуповину пересечь после прекращения пульсации сосудов или через 1-3 минуты после рождения ребенка.

Оценка состояния новорожденного производится на животе матери

После обсушивания необходимо оценить состояние ребёнка и определить, нуждается ли он в реанимационных мероприятиях.

При осмотре важно обратить внимание на следующее: наличие спонтанного дыхания и сердечных сокращений, цвет кожных покровов – оценка этих признаков позволяет определить показания к проведению срочных реанимационных мероприятий в течение 30 с после родов.

NB! Спонтанное дыхание в течение 30 с после рождения, громкий крик, частота сердечных сокращений более 100 в минуту, розовый цвет кожи - признаки удовлетворительного состояния при рождении. При необходимости вызвать на себя неонатальную реанимационную бригаду.

Если состояние ребенка удовлетворительное, после обсушивания кожи его следует оставить на животе матери (эпигастральная область), прикрыв тёплой пелёнкой.

Пережатие и отсечение пуповины

Пуповину пересечь после прекращения пульсации сосудов или через 1-3 минуты после рождения ребенка.

Техника: один зажим Кохера (или пластиковый зажим) наложить на пуповину на расстоянии 10 см от пупочного кольца. Вторым зажим Кохера (или пластиковый зажим) наложить на пуповину как можно ближе к наружным половым органам роженицы. Участок пуповины между зажимами протирается стерильной марлевой салфеткой с антисептиком и пересекается стерильными ножницами. На пуповинный остаток накладывают стерильную повязку.

Ребенка одевают (пеленают) на животе матери.

Первое прикладывание к груди

Сразу же после рождения здоровый ребёнок инстинктивно начинает поиск пищи. Очень важно обеспечить полноценное общение матери и ребёнка сразу после родов, для этого ребенок после рождения прикладывается к груди матери.

NB! В период транспортировки в акушерский стационар ребенок находится на животе матери. Разлучать ребёнка с матерью следует только при крайней необходимости.

Сразу после рождения ребенка:

Поздравьте мать с рождением ребенка и спросите о первых ощущениях и переживаниях, спросите, как она себя чувствует, и приободрите ее.

Помогите приложить ребенка к груди, обратите внимание на признаки правильного прикладывания (вывернутая нижняя губа, полный захват ареолы соска, нос прижат к груди).

Производят осмотр и оценку ребёнка по методу Апгар к концу первой минуты после рождения и через 5 мин (таблица 1). Метод оценки состояния

плода по Апгар позволяет произвести быструю, предварительную оценку по 5 признакам физического состояния новорождённого:

- частоты сердцебиения – при помощи аускультации;
- дыхания – при наблюдении за движениями грудной клетки;
- цвета кожи младенца – бледный, цианотичный или розовый;
- мышечного тонуса – по движению конечностей;
- рефлекторной активности при пошлепывании по подошвенной стороне ступни.

Таблица 1. Оценка состояния новорождённого по шкале Апгар

Критерии для оценки по шкале Апгар	0 баллов	1 баллов	2 баллов
Окраска кожи	Бледность или цианоз (синюшная окраска)	Розовая окраска тела и синюшная окраска конечностей (акроцианоз)	Розовая окраска всего тела и конечностей
Частота сердцебиений за 1 минуту	Отсутствует	<100	>100
Рефлекторная возбудимость (реакция малыша на введение носового катетера)	Не реагирует	Реакция слабо выражена (grimace, движение)	Реакция в виде движения, кашля, чиханья, громкого крика
Мышечный тонус	Отсутствует, конечности свисают	Снижен, некоторое сгибание конечностей	Выражены активные движения
Дыхание	Отсутствует	Нерегулярное, крик слабый	Нормальное, крик громкий

Дальнейшую обработку новорождённого (кожа, пуповина, профилактика офтальмообленореи) производят только в акушерском стационаре. Кроме того, неумелые действия при вторичной обработке пуповины могут вызвать трудноостановимое кровотечение после отсечения пуповины от пупочного кольца.

ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА

Последовый период – время от рождения ребёнка до рождения последа. В течение этого периода происходит отслойка плаценты вместе с её оболочками от маточной стенки и рождение плаценты с оболочками – последа.

В первую минуту после рождения плода следует ввести в мышцу бедра 10 ЕД окситоцина. Женщинам группы риска по кровотечениям начать в/в капельное введение 5 ЕД окситоцина в 500 мл физраствора.

Ведение третьего периода родов

При ведении третьего периода родов необходимо знать и использовать:

- признаки отделения плаценты;
- способы выделения отделившегося последа.

Признаки отделения плаценты:

Шредера – изменение формы и высоты стояния дна матки.

Альфельда – удлинения наружного отрезка пуповины.

Клейна – после потуги удлинившийся отрезок пуповины не втягивается.

Кюстнера-Чукалова – при надавливании ребром ладони над лоном отрезок пуповины не втягивается.

Способы выделения последа (послед выделяют после опорожнения мочевого пузыря):

Абуладзе – после бережного массажа матки переднюю брюшную стенку матери берут двумя руками в продольную складку и предлагают роженице потужиться.

ВВ! Последовый период не должен длиться более 30 мин.

1. При рождении плаценты тонкие плодные оболочки могут оборваться.
2. Держите плаценту обеими руками и осторожно поворачивайте ее, пока плодные оболочки не родятся.
3. Медленно потяните плаценту для завершения родов.
4. Внимательно осмотрите плаценту и оболочки, чтобы удостовериться в их целостности: послед раскладывают плашмя материнской поверхностью кверху. Обращают внимание, все ли дольки плаценты вышли, нет ли добавочных долек плаценты, полностью ли выделились оболочки. Задержка в матке частей плаценты или её дольки не дает возможности матке хорошо сократиться и может стать причиной гипотонического кровотечения.
5. После рождения последа немедленно оцените тонус и появление сокращений матки через переднюю брюшную стенку женщины.
6. Оценивайте тонус матки каждые 15 минут, обязательно убедившись в том, что матка хорошо сократилась.

При нормальном течении последового периода кровопотеря составляет не более 0,5 % от массы тела или 5 мл/кг массы тела.

Недопустимо: производить наружный массаж матки и потягивать за пуповину. Это может привести к нарушениям физиологического процесса отделения плаценты и возникновению сильного кровотечения.

NB! Если в течение 30 минут послед не отделился, и кровотечение отсутствует – срочно эвакуировать пациентку в акушерский стационар с точкой инфузии, предварительно оповестить акушерский стационар, куда транспортируется больная!

Если не хватает плацентарной дольки или части её, если плацента цела и возникло кровотечение из полости матки, следует максимально быстро эвакуировать пациентку в акушерский стационар, предварительно оповестив его.

На период транспортировки:

9. В динамике оценивать тяжесть кровопотери: сознание, цвет и температуру кожных покровов и слизистых, признаков нарушения микроциркуляции (периферический акроцианоз, бледность, холодные конечности, уши и др.), АД, ЧСС.

10. Гемостатическая терапия: внутривенное введение транексамовой кислоты в дозе 15 мг/кг массы тела.

3. Катетеризация (пункция) 2-х периферических вен: начать введение сбалансированного раствора кристаллоида 500-1000 мл и физраствора 500 мл с 10 ЕД раствора окситоцина со скоростью 60 капель в минуту.

4. При продолжающемся обильном кровотечении придавить брюшную аорту кулаком к позвоночнику слева от пупка (рисунок 1) или применить двуручное сдавление матки (сжатую в кулак руку ввести в передний свод влагалища и надавить на переднюю стенку матки; другой рукой надавить на заднюю стенку матки – рисунок 2).



Рис. 1. Техника сдавления кулаком брюшной аорты.

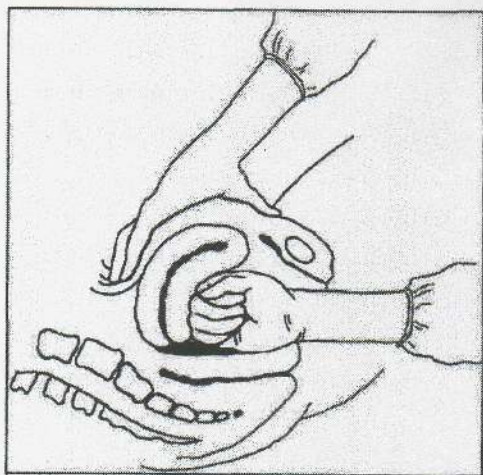


Рис.2. Двуручное сдавление матки

5. Если применения кристаллоидов недостаточно для лечения гиповолемии при острой кровопотере, вводят препараты гидроксипропилированного крахмала в дозе не более 30 мл/кг (инструкция к препарату от 10.01.2017 г). Введение препаратов ГЭК так же показано при агональном состоянии на фоне острой массивной кровопотери.

Родившийся послед обязательно доставить в акушерский стационар для тщательной оценки его целостности врачом-акушером.

Осмотр родовых путей

Осматривают наружные половые органы, вход во влагалище и промежность. Имеющиеся ссадины, трещины обрабатывают кожным антисептиком, разрывы должны быть зашиты в условиях стационара.

Если имеется кровотечение из мягких тканей, необходимо наложение швов до транспортировки в акушерский стационар или наложить давящую повязку (кровотечение из разрыва промежности, области клитора), возможно тампонада влагалища стерильными марлевыми салфетками. ***Все усилия при данных ситуациях должны быть направлены на срочную эвакуацию родильницы в акушерский стационар, который должен быть оповещен заранее.***

Послеродовой период

После родов у родильницы необходимо следить за пульсом, артериальным давлением, за состоянием матки и характером выделений (возможно кровотечение).

Родившийся послед, родильницу и новорождённого необходимо доставить в акушерский стационар.

Перед транспортировкой известить акушерский стационар, в сопроводительных документах указать дату и время родов, кто принимал роды, состояние женщины и ребёнка при рождении, величину кровопотери, какие лекарственные препараты вводились.

Новорожденного, во избежание холодовой травмы, транспортировать на животе матери, хорошо укрыв его дополнительно. Перед транспортировкой измерить температуру его тела.

Следует помнить!

Только физиологически протекающие роды могут быть проведены во внебольничных условиях.

Ведение патологических родов вне стационара влечёт за собой неблагоприятный исход, как со стороны матери, так и со стороны плода и новорождённого.

Дальнейшее ведение пациента:

- При возникновении ургентной ситуации необходимо максимально быстро эвакуировать пациентку в акушерский стационар, предварительно оповестив его.
- Транспортировка пациентки на каталке.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ УГРОЗЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА СРОКАХ ГЕСТАЦИИ ДО 22 НЕДЕЛЬ

Автор-составитель:

Белокриницкая Т.Е. – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета, ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Читинская Государственная медицинская академия» Минздрава России, член Правления Российского общества акушеров-гинекологов, член Совета Ассоциации Акушерских анестезиологов-реаниматологов, президент КОО «Забайкальское общество акушеров-гинекологов».

Клинические рекомендации (протокол лечения) разработан на основе сведений доказательной медицины, приказа МЗ РФ 572н «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (2012), клинических рекомендаций (протокола лечения) «Выкидыш в ранние сроки беременности: диагностика и тактика ведения, *утв. МЗ РФ 7 июня 2016 № 15-4/10/2-2482* (авторы Адамян Л.В., Артымук Н.В., Белокриницкая Т.Е. и др.). Москва, 2016. 32 с.)

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Самопроизвольный выкидыш – самопроизвольное прерывание беременности до достижения плодом жизнеспособного гестационного срока. В соответствии с определением ВОЗ, выкидышем является самопроизвольное изгнание или экстракция эмбриона (плода) массой до 500 г, что соответствует гестационному возрасту менее 22 недель беременности.

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
О 03.2	Неполный выкидыш, осложнившийся эмболией
О 03.3	Неполный выкидыш, с другими и неуточненными осложнениями
О 03.4	Неполный выкидыш без осложнений
О 03.5	Полный или неуточненный выкидыш, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов
О 03.6	Полный или неуточненный выкидыш, осложнившийся длительным или чрезмерным кровотечением
О 03.7	Полный или неуточненный выкидыш, осложнившийся эмболией с состояниями, классифицированными в подрубрике О08.2
О 03.8	Полный или неуточненный выкидыш с другими или неуточненными осложнениями
О 03.9	Полный или неуточненный выкидыш без осложнений
О 20.0	Угрожающий выкидыш
О 20.8	Другие кровотечения в ранние сроки беременности
О 20.9	Кровотечение в ранние сроки беременности неуточненное

Современная терминология, рекомендуемая для использования
(клинические рекомендации, утв. МЗ РФ 7.06.2016)

Рекомендуемый термин	Ранее используемый термин	Определение
Самопроизвольный выкидыш	Самопроизвольный аборт	Потери беременности, происходящие до 22 недель с весом плода менее 500 г
Угрожающий выкидыш	Угроза прерывания беременности	Кровянистые выделения из матки до 22 недель беременности
Выкидыш в ходу	Аборт в ходу	Выкидыш неизбежен, продукт зачатия находится в процессе изгнания из матки
Неполный выкидыш	Неполный аборт	Часть продуктов зачатия осталась в полости матки
Полный выкидыш	Полный аборт	Выкидыш произошёл полностью, нет необходимости в медицинском или хирургическом вмешательстве
Неразвивающаяся беременность	Замершая беременность	УЗИ подтвердило нежизнеспособность беременности, кровотечения нет
Инфицированный (септический) выкидыш	Септический аборт	Выкидыш, осложненный инфекцией органов малого таза

Привычный выкидыш	Привычное невынашивание беременности	3 или более выкидышей подряд у одной и той же женщины
-------------------	--------------------------------------	---

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Диагностика:

- Выяснить со слов (по данным обменной карты женской консультации) дату последней менструации, наличие беременности и её срок, заинтересованность пациентки в ней, не было ли попыток самостоятельного прерывания беременности.
- Оценить количество, цвет кровянистых выделений, степень тяжести общего состояния больной, определяя частоту пульса, частоту дыхания, АД и шоковый индекс Альговера, измерить температуру тела.
- При пальпации живота оценивают размеры матки (высота дна), определяют её тонус, болезненность.
- Влагалищное исследование проводится только специалистами специализированной бригады скорой медицинской помощи.
- Инструментальные исследования на догоспитальном этапе нецелесообразны.

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ РАННИХ ПОТЕРЬ БЕРЕМЕННОСТИ (оценивают специалисты специализированной бригады)

Угрожающий выкидыш – тянущие боли внизу живота и поясничной области, скудные кровяные выделения из половых путей. Тонус матки повышен, шейка матки не укорочена, внутренний зев закрыт, тело матки соответствует сроку беременности.

Начавшийся выкидыш – боли и кровяные выделения из влагалища более выражены, цервикальный канал приоткрыт.

Выкидыш в ходу – тело матки, как правило, меньше предполагаемого срока беременности, определяются регулярные схваткообразные сокращения миометрия, в более поздние сроки беременности возможно подтекание околоплодных вод. Внутренний и наружный зевы открыты, элементы плодного яйца находятся в цервикальном канале или во влагалище. Кровяные выделения могут быть различной интенсивности, чаще обильные.

Неполный выкидыш – беременность прервалась, но в полости матки имеются задержавшиеся элементы плодного яйца. Отсутствие полноценного сокращения матки и смыкания ее полости приводит к продолжающемуся кровотечению, что в некоторых случаях может вести к большой кровопотере

и гиповолемическому шоку. Чаще встречается после 12 нед беременности, в случае, когда выкидыш начинается с излития околоплодных вод. При бимануальном исследовании матка меньше предполагаемого срока беременности, кровяные выделения из цервикального канала обильные.

Септический (инфицированный) выкидыш – прерывание беременности, сопровождающееся лихорадкой, ознобом, недомоганием, болями внизу живота, кровяными, иногда гноевидными выделениями из половых путей. При физикальном осмотре – тахикардия, тахипноэ, дефанс мышц передней брюшной стенки; при бимануальном исследовании – болезненная, мягкой консистенции матка, шейка матки расширена.

Лечение:

- При отсутствии кровотечения и выраженного болевого синдрома терапии на догоспитальном этапе не требуется.
- Для купирования выраженных болевых ощущений допустимо применение дротаверина гидрохлорида в дозе 40-80 мг (2-4 мл) внутривенно или внутримышечно.
- При выраженных кровянистых выделениях внутривенно ввести 1 г транексамовой кислоты.
- Оценить тяжесть кровопотери: цвет и температура кожного покрова, нарушения микроциркуляции, слизистых, АД, ЧСС, диурез, сознание.

Показатель	Степени тяжести кровопотери			
	I	II	III	IV
Потеря крови, мл	<750	750–1500	1500–2000	>2000
Пульс, уд в мин	<100	≥100	>120	>140
Артериальное давление	норма	норма	снижено	снижено
Пульсовое давление, мм рт. ст.	норма	снижено	снижено	снижено
Частота дыханий, в мин	14–20	20–30	30–40	>40
Диурез, мл/ч	>30	20–30	5–15	Анурия
Сознание	Легкое беспокойство	Умеренное беспокойство	Беспокойство спутанность	Сонливость

При обильном кровотечении

1. Катетеризация периферической вены и начало инфузионной терапии: кристаллоиды 500-1000 мл.
2. Если применения кристаллоидов недостаточно для лечения

гиповолемии при острой кровопотере, вводят препараты гидроксиэтилированного крахмала в дозе не более 30 мл/кг (инструкция к препарату от 10.01.2017 г). Введение препаратов ГЭК так же показано при агональном состоянии на фоне острой массивной кровопотери.

3. При исходной артериальной гипотонии (АДсисст менее 90 мм рт.ст.) не следует стремиться повысить АД выше 100 мм рт.ст. до хирургической остановки кровотечения (опасность усиления внутрибрюшного кровотечения). В случае длительной транспортировки пациентки с тяжелым геморрагическим шоком и неэффективности инфузионной терапии (нет подъема АД) допустимо использование вазопрессоров (норадреналина!).

4. Гемостатическая терапия: введение внутривенно 1 г транексамовой кислоты при подозрении или диагностике массивной кровопотери и геморрагического шока.

5. Необходимо обеспечить ингаляцию кислорода, при декомпенсированной дыхательной недостаточности – ИВЛ.

6. При прерывании беременности с обильным кровотечением брюшную аорту придавить кулаком к позвоночнику слева от пупка.

7. Медицинская эвакуация в стационар осуществляется на каталке.

Что нельзя делать:

- При признаках шока не повышать САД>100.

Дальнейшее ведение пациента (показания к эвакуации в стационар):

- Всех беременных до 22 недель с жалобами на боли в животе и/или кровянистыми выделениями из половых путей, необходимо госпитализировать в гинекологический стационар.
- *При признаках шока оповестить стационар, куда планируется доставить пациентку.*
- При отказе от госпитализации передать активный патронаж в женскую консультацию.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ, ПРЕЭКЛАМПСИИ И ЭКЛАМПСИИ

Авторы-составители:

Белокриницкая Т.Е. – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета, ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Читинская Государственная медицинская академия» Минздрава России, член Правления Российского общества акушеров-гинекологов, член Совета Ассоциации Акушерских ане-

стезиологов-реаниматологов, президент КОО «Забайкальское общество акушеров-гинекологов»

Шаповалов К.Г. – проректор по лечебной работе и ДПО ФГБОУ ВО ЧГМА, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии ФГБОУ ВО «Читинская Государственная медицинская академия» Минздрава России, член Совета Ассоциации Акушерских анестезиологов-реаниматологов, председатель Совета РОО «Забайкальское общество анестезиологов-реаниматологов»

Клинические рекомендации (протокол лечения) разработан на основе сведений доказательной медицины, приказа МЗ РФ 572н «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (2012), клинических рекомендаций (протокола лечения) «Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия», утвержденных МЗ РФ 7 июня 2016 года № 15-4/10/2-3484 (авторы Адамян Л.В., Артымук Н.В., Белокриницкая Т.Е. и др.). Москва, 2016. 72 с.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Хроническая артериальная гипертензия – регистрируется либо до беременности, либо до 20 недель беременности. Она может быть первичной или вторичной этиологии.

Гестационная артериальная гипертензия – артериальная гипертензия, установленная после 20 недель беременности, без значительной протеинурии.

Преэклампсия – артериальная гипертензия, установленная после 20 недель беременности, со значительной протеинурией.

Преэклампсия (ПЭ) – мультисистемное патологическое состояние, возникающее во второй половине беременности (после 20-й недели), характеризующееся артериальной гипертензией в сочетании с протеинурией ($\geq 0,3$ г/л в суточной моче), нередко, отеками, и проявлениями полиорганной/полисистемной дисфункции/недостаточности.

Тяжелая преэклампсия – преэклампсия с тяжелой артериальной гипертензией и/или клиническими и/или биохимическими и/или гематологическими проявлениями.

Тяжелые осложнения ПЭ: эклампсия; HELLP-синдром (гематома или разрыв печени); острая почечная недостаточность; отек легких; инсульт; инфаркт миокарда; отслойка плаценты; антенатальная гибель плода отек, кровоизлияние и отслойка сетчатки.

HELLP-синдром – внутрисосудистый гемолиз, повышение уровня трансаминаз, снижение количества тромбоцитов [8]. Может быть одним из проявлений тромботической микроангиопатии (в МКБ – М31.1).

Эклампсия – это приступ судорог или серия судорожных приступов на фоне преэклампсии при отсутствии других причин. Эклампсия развивается

на фоне преэклампсии любой степени тяжести, а не является проявлением максимальной тяжести преэклампсии. В 30% случаев эклампсия развивается внезапно без предшествующей преэклампсии.

Клиническая классификация гипертензивных расстройств во время беременности

- Преэклампсия и эклампсия.
- Преэклампсия и эклампсия на фоне хронической артериальной гипертензии.
- Гестационная (индуцированная беременностью) артериальная гипертензия.
- Хроническая артериальная гипертензия (существовавшая до беременности).
- Гипертоническая болезнь.
- Вторичная (симптоматическая) артериальная гипертензия.

КЛАССИФИКАЦИЯ МКБ-10

МКБ-10 Класс XV: беременность, роды и послеродовой период Блок 010-016: отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, родов и послеродовом периоде		
Хроническая АГ	Существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период	О 10
ПЭ на фоне Хронической АГ	Существовавшая ранее гипертензия с присоединившейся протеинурией	О 11
	Вызванные беременностью отеки и протеинурия без гипертензии	О 12
	Вызванные беременностью отеки	О 12.0
	Вызванная беременностью протеинурия	О 12.1
	Вызванные беременностью отеки с протеинурией	О 12.2
Гестационная АГ	Вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии	О 13
Преэклампсия (ПЭ)	Вызванная беременностью гипертензия со значительной протеинурией	О 14
ПЭ умеренно выраженная	Преэклампсия (нефропатия) средней тяжести	О 14.0
ПЭ тяжелая	Тяжелая преэклампсия	О 14.1
	Преэклампсия неуточненная	О 14.9

Эклампсия	Эклампсия	О 15
Эклампсия во время беременности	Эклампсия во время беременности	О 15.0
Эклампсия в родах	Эклампсия в родах	О 15.1
Эклампсия в послеродовом периоде	Эклампсия в послеродовом периоде	О 15.2
Эклампсия неуточненная по срокам	Эклампсия неуточненная по срокам	О 15.9
	Гипертензия у матери неуточненная	О 16

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Факторы риска преэклампсии

- Преэклампсия в анамнезе.
- Раннее начало преэклампсии и преждевременные роды в сроке менее 34 недель в анамнезе.
- Преэклампсия больше чем в одной предшествующей беременности.
- Хронические заболевания почек.
- Аутоиммунные заболевания: системная красная волчанка, антифосфолипидный синдром.
- Наследственная тромбофилия.
- Сахарный диабет 1 или 2 типа.
- Хроническая гипертония.
- Первая беременность.
- Интервал между беременностями более 10 лет.
- Новый партнер.
- Вспомогательные репродуктивные технологии.
- Семейная история преэклампсии (мать или сестра).
- Чрезмерная прибавка веса во время беременности.
- Инфекции во время беременности.
- Многократные беременности.
- Возраст 40 лет или более.
- Этническая принадлежность: скандинавский, чернокожий, южноазиатский или тихоокеанский регион.
- Индекс массы тела 35 кг/м^2 или более при первом посещении.
- Систолическое АД более 130 мм рт. ст. или диастолическое АД более 80 мм рт. ст.

- Увеличенный уровень триглицеридов перед беременностью.
- Семейная история сердечно-сосудистых заболеваний.
- Низкий социально-экономический статус.
- Прием кокаина, метамфетамина.

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Выявить признаки, патогномоничные для преэклампсии:

Срок беременности, состоит ли на учёте, проверить карту беременной – динамику АД, прибавку веса (отеки), показатели протеинурии, число тромбоцитов.

Обратить внимание на:

- общее состояние беременной;
- состояние кожных покровов;
- зрачковые и сухожильные рефлексы;
- степень нарушения сознания больной;
- отёки, одутловатость лица;
- частоту пульса, дыхания и сердцебиения;
- измерение АД на периферических артериях на обеих руках, при асимметрии показателей ориентируемся на максимальный показатель.

Критериями артериальной гипертензии считают повышение систолического АД ≥ 140 мм рт. ст. и/или диастолического АД ≥ 90 мм рт. ст.; у пациенток с хронической АГ – повышение относительно исходных цифр.

Клинические проявления преэклампсии

- Внезапно появившиеся, резко нарастающие генерализованные отеки.

Со стороны центральной нервной системы:

- головная боль, фотопсии, парестезии, фибрилляции, судороги.

Со стороны сердечно-сосудистой системы:

- артериальная гипертензия ≥ 140 мм рт. ст. и/или диастолическое АД ≥ 90 мм рт. ст., сердечная недостаточность, гиповолемия.

Со стороны мочевыделительной системы:

- олигурия < 500 мл/сутки, анурия, протеинурия ($\geq 0,3$ г/л в суточной пробе (24 часа) либо в двух пробах, взятых с интервалом в 6 часов; при использовании тест-полоски (белок в моче) – показатель $\geq \langle 1+ \rangle$).

Со стороны желудочно-кишечного тракта:

- боли в эпигастральной области, изжога, тошнота, рвота.

Со стороны системы крови:

- тромбоцитопения, нарушения гемостаза, гемолитическая анемия.

Со стороны плода:

- задержка внутриутробного роста, внутриутробная гипоксия, антенна-

тальная гибель.

Клиническая картина HELLP синдрома переменна и включает следующие симптомы:

- Боли в эпигастрии или в правом верхнем квадранте живота (86-90%).
- Тошнота или рвота (45-84%).
- Головная боль (50%).
- Чувствительность при пальпации в правом верхнем квадранте живота (86%).
- АД диастолическое выше 110 мм рт.ст. (67%).
- Массивная протеинурия > 2+ (85-96%).
- Отеки (55-67%).
- Артериальная гипертензия (80%).

Симптомы и симптомокомплексы, появление которых указывает на развитие критической ситуации:

- Боль в груди.
- Одышка.
- Отек легких.
- Диастолическое АД более 110 мм рт.ст.
- Влагалищное антенатальное кровотечение (любой объем).
- Судороги (эклампсия).

Клинические формы эклампсии:

- Отдельные припадки.
- Серия судорожных припадков (эклампсический статус).
- Кома.

Симптомы-предвестники эклампсии

- головная боль, головокружение, общая слабость;
- нарушения зрения («мелькание мушек», «пелена и туман», вплоть до потери зрения);
- боли в эпигастриальной области и правом подреберье;
- опоясывающие боли за счет кровоизлияния в корешки спинного мозга (симптом Ольсхаузена);
- гиперрефлексия и клонус;
- расширение зрачков (симптом Цангмейстера).

Приступ эклампсии

- мелкие фибриллярные подергивания мышц лица с дальнейшим распространением на верхние конечности (при эпилепсии не бывает);
- тонические сокращения всей скелетной мускулатуры (потеря сознания, апноэ, цианоз, прикус языка) продолжительностью до 30 сек;

- клонические судороги с распространением на нижние конечности;
- глубокий вдох, восстановление дыхания и сознания, амнезия.

Необходимо исключить:

- диабетическую кому;
- уремическую кому;
- печёночную кому;
- острую гипертоническую энцефалопатию;
- эпилепсию.

При необходимости действовать согласно клиническим рекомендациям оказания скорой медицинской помощи при коме неясного генеза.

Лечение

Беременным с артериальной гипертензией на догоспитальном этапе необходимо как можно раньше оказать скорую медицинскую помощь.

На догоспитальном этапе необходимо выполнить следующий объем медицинской помощи:

Для фельдшерской бригады скорой медицинской помощи – начать проведение магнезиальной и антигипертензивной терапии и одновременно вызвать специализированную бригаду скорой медицинской помощи.

– Оценить тяжесть преэклампсии: АД, сознание, головная боль, судороги, одышка, боли в животе, кровотечение из родовых путей, сердцебиение плода.

– Пульсоксиметрия.

– Обеспечить венозный доступ: катетеризировать периферическую вену.

– Ввести магния сульфат **25% 16 мл в/в медленно (за 10-15 минут)**, затем 100 мл через шприцевой насос со скоростью 4 мл/час (1 г/ч в пересчете на сухое вещество).

– Инфузия: только магния сульфат 25% на 0,9% растворе хлорида натрия.

– При АД выше 140/90 мм рт.ст. – антигипертензивная терапия: метилдопа 250-500 мг, нифедипин 5-10 мг **орально**.

– **NB!** При любом исходном уровне артериального давления его снижение должно быть плавным – на 10-20 мм рт.ст. в течение каждые 20 мин

Алгоритм оказания медицинской помощи при развитии приступа эклампсии (лечение в случае судорожного припадка начинается на месте)

- Пациентку укладывают на ровную поверхность в положении на левом

боку для уменьшения риска аспирации желудочного содержимого, рвотных масс и крови, быстро освобождают дыхательные пути, открывая рот и выдвигая вперед нижнюю челюсть; одновременно необходимо эвакуировать (аспирировать) содержимое полости рта; необходимо защитить пациентку от повреждений, но не удерживать ее активно.

– При сохранённом спонтанном дыхании вводят ротоглоточный воздуховод и проводят ингаляцию кислорода, накладывая носо-лицевую маску.

– При развитии апноэ немедленно начинают принудительную вентиляцию.

– Параллельно с проводимыми мероприятиями по возобновлению адекватного газообмена осуществляют катетеризацию периферической вены и начинают введение противосудорожных препаратов: **сульфат магния – болюс 4 г на протяжении 5 минут внутривенно, затем поддерживающая терапия (1–2 г/час) при тщательном контроле АД и ЧСС. Если судороги продолжаются, внутривенно вводят еще 2 г сульфата магния (8 мл 25% раствора) в течение 3–5 минут.**

– При отсутствии эффекта можно использовать диазепам внутривенно медленно (10 мг). Если судорожный припадок длится более 30 минут, это состояние расценивается как экламптический статус.

– Если диастолическое АД остается на высоком уровне (>110 мм рт. ст.), проводят антигипертензивную терапию.

– При эвакуации пациентки с ПЭ/эклампсией линейной бригадой СМП, последняя должна **оповестить акушерский стационар, куда эвакуируется больная.**

– При тяжелой ПЭ и её осложненных формах показана госпитализация (перевод) в учреждение 3-й группы (уровня) на основании приказа МЗ ЗК о маршрутизации беременных женщин группы риска и родильниц.

Что нельзя делать:

- Нельзя применять нифедипин сублингвально!
- Бензодиазепины и фенитоин не должны использоваться для профилактики и лечения судорог кроме случаев противопоказания к введению сульфата магния и/или его неэффективности.
- Магния сульфат – **противосудорожный препарат**, а не антигипертензивный, и **его введение нельзя прерывать только на основании снижения артериального давления.**

Ошибки магниальной терапии

- Неправильный выбор насыщающей дозы.
- Передозировка сульфата магния (чаще при олиго-, анурии).
- В/м инъекции сульфата магния на фоне развившегося судорожного припадка.
- Переход от постоянного внутривенного введения сульфата магния на внутримышечные инъекции.
- Попытка быстрой транспортировки больной с высокими величинами артериального давления и/или судорогами без предварительного лечения значительно усугубляет состояние больной и ухудшает прогноз для матери и плода.

Дальнейшее ведение пациента:

- Во всех случаях преэклампсии/эклампсии обязательна незамедлительная госпитализация беременной в акушерский стационар.
- При эвакуации беременной с АГ, преэклампсией или эклампсией следует оповестить стационар, куда транспортируется больная.
- Предпочтительна медицинская эвакуация силами специализированной бригады скорой медицинской помощи.
- Транспортировка на носилках.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА

Авторы-составители:

Белокрыницкая Т.Е. – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета, ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Читинская Государственная медицинская академия» Минздрава России, член Правления Российского общества акушеров-гинекологов, член Совета Ассоциации Акушерских анестезиологов-реаниматологов, президент КОО «Забайкальское общество акушеров-гинекологов»

Шаповалов К.Г. – проректор по лечебной работе и ДПО ФГБОУ ВО ЧГМА, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии ФГБОУ ВО «Читинская Государственная медицинская академия» Минздрава России, член Совета Ассоциации Акушерских анестезиологов-реаниматологов, председатель Совета РОО «Забайкальское общество анестезиологов-реаниматологов»

Клинические рекомендации (протокол лечения) разработан на основе сведений доказательной медицины, приказа МЗ РФ 572н «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (2012).

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Апоплексия яичника (АЯ) — внезапно наступившее кровоизлияние в яичник, сопровождающееся нарушением целостности его ткани и кровотечением в брюшную полость.

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
N83.0	Геморрагическая фолликулярная киста яичника
N83.1	Геморрагическая киста желтого тела
N83.2	Другие и неуточненные кисты яичника
N94.0	Боли в середине менструального цикла

КЛАССИФИКАЦИЯ

• **Болевая форма** – не сопровождается внутрибрюшным кровотечением, характерен болевой синдром, тошнота, повышение температуры тела до 38 градусов, сухой язык.

• **Анемическая форма** – ведущий симптом – внутрибрюшное кровотечение, выраженной боли нет.

• **Смешанная форма.**

ФАКТОРЫ РИСКА:

- Патологические изменения кровеносных сосудов (варикозное расширение, склероз).
- Предшествующее воспаление ткани яичника.
- Овуляция (середина цикла) или стадия васкуляризации желтого тела (вторая фаза цикла).
- Травма (удар, сотрясение).
- Поднятие тяжестей или тяжелые физические упражнения/нагрузка.
- Быстрый половой акт.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Диагностика:

- Середина или вторая фаза менструального цикла.
- Односторонние боли в нижних отделах живота.
- Острое начало болей, как правило, связанное с половым актом
- Связь начала болей с физическим напряжением, половым контактом, травмой, клизмой.

- При влагалищном исследовании (только для специализированных бригад скорой медицинской помощи) может пальпироваться резко болезненный увеличенный яичник, уплощение сводов, нависание заднего свода, резкая его болезненность - («крик Дугласа»), а при пальцевом исследовании прямой кишки определяется нависание, болезненность ее передней стенки.

При кровопотере более 150 мл клиническая картина в основном обусловлена гемоперитонеумом, а выраженность ее зависит от длительности и интенсивности кровотечения:

- Общие признаки кровопотери – снижение давления, частый пульс, слабость, головокружение, бледность кожных покровов, тошнота, иногда, жидкий стул – возникают при дефиците ОЦК, как правило, более 15%.

- Вздутие, боли в животе без четкой локализации с иррадиацией в задний проход, внутреннюю поверхность бедра.

- Симптомы раздражения брюшины (Блюмберга-Щеткина).

- Больная стремится принять сидячее положение, что уменьшает боль в животе (симптом «ваньки-встаньки»).

- Френикус-симптом.

- Симптом Куленкамппфа (болезненность и симптомы раздражения брюшины без напряжения брюшной стенки).

- Притупление перкуторного звука в отлогих частях живота.

Лечение:

1. При болевой форме АЯ

- внутривенно ввести 1 г транексамовой кислоты
- не вводить обезболивающие и спазмолитические препараты на догоспитальном этапе, поскольку могут затруднить последующую дифференциальную диагностику с другими заболеваниями, дающими клинику «острого живота».

Медицинская эвакуация – сидя или лежа (в зависимости от предпочтения пациентки). Контроль АД, ЧСС в процессе эвакуации.

2. При анемической форме АЯ дополнительно:

На догоспитальном этапе у пациентки с кровотечением вследствие апоплексии яичника основным мероприятием является медицинская эвакуация в ближайшее ЛПУ для оперативного лечения. Любые диагностические и лечебные мероприятия не должны удлинять время медицинской эвакуации на этап хирургической остановки кровотечения.

При выявлении геморрагического шока нужно своевременно оповестить стационар, куда пациентка будет госпитализирована для подготовки к хирургическому лечению и проведению интенсивной терапии.

На догоспитальном этапе необходимо выполнить:

1. Оценить тяжесть кровопотери: цвет и температура кожного покрова, нарушения микроциркуляции, слизистых, АД, ЧСС, диурез, сознание.

Показатель	Степени тяжести кровопотери			
	I	II	III	IV
Потеря крови, мл	<750	750–1500	1500–2000	>2000
Пульс, уд в мин	<100	≥100	>120	>140
Артериальное давление	норма	норма	снижено	снижено
Пульсовое давление, мм рт. ст.	норма	снижено	снижено	снижено
Частота дыханий, в мин	14–20	20–30	30–40	>40
Диурез, мл/ч	>30	20–30	5–15	Анурия
Сознание	Легкое беспокойство	Умеренное беспокойство	Беспокойство спутанность	Сонливость

2. Катетеризация периферической вены и начало инфузионной терапии: кристаллоиды 500-1000 мл.
3. Если применения кристаллоидов недостаточно для лечения гиповолемии при острой кровопотере, вводят препараты гидроксипропилированного крахмала в дозе не более 30 мл/кг (инструкция к препарату от 10.01.2017 г). Введение препаратов ГЭК так же показано при агональном состоянии на фоне острой массивной кровопотери.
4. При исходной артериальной гипотонии (АД сист менее 90 мм рт.ст.) не следует стремиться повысить АД выше 100 мм рт.ст. до хирургической остановки кровотечения (опасность усиления внутрибрюшного кровотечения). В случае длительной транспортировки пациентки с тяжелым геморрагическим шоком и неэффективности инфузионной терапии (нет подъема АД) допустимо использование вазопрессоров (норадреналина!).
5. Гемостатическая терапия: введение внутривенно 1 г транексамовой кислоты при подозрении или диагностике массивной кровопотери и геморрагического шока.
6. Необходимо обеспечить ингаляцию кислорода, при декомпенсированной дыхательной недостаточности – ИВЛ.
7. Медицинская эвакуация в стационар осуществляется на каталке.

Что нельзя делать:

- Не вводить анальгетики и спазмолитики на догоспитальном этапе (затруднят дифференциальную диагностику в стационаре).
- Не повышать сист АД > 100 мм.рт.ст.

Дальнейшее ведение пациента:

- Все пациентки с АЯ эвакуируются в гинекологический стационар.
- При развитии геморрагического шока следует заранее оповестить стационар, куда эвакуируется больная.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Авторы-составители:

Белокриницкая Т.Е. – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета, ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Читинская Государственная медицинская академия» Минздрава России, член Правления Российского общества акушеров-гинекологов, член Совета Ассоциации Акушерских анестезиологов-реаниматологов, президент КОО «Забайкальское общество акушеров-гинекологов»

Шаповалов К.Г. – проректор по лечебной работе и ДПО ФГБОУ ВО ЧГМА, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии ФГБОУ ВО «Читинская Государственная медицинская академия» Минздрава России, член Совета Ассоциации Акушерских анестезиологов-реаниматологов, председатель Совета РОО «Забайкальское общество анестезиологов-реаниматологов»

Клинические рекомендации (протокол лечения) разработан на основе сведений доказательной медицины, приказа МЗ РФ 572н «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (2012), клинических рекомендаций (протокола лечения) «Септические осложнения в акушерстве», *утвержденных МЗ РФ 6 февраля 2017 года № 15-4/10/2-728* (авторы Адамян Л.В., Артымук Н.В., Белокриницкая Т.Е., Гельфанд Б.Р. и др.). Москва, 2017. 59 с.).

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Термин «Воспалительные заболевания женских половых органов» является обобщающим для различных заболеваний женской половой сферы – воспалительных поражений наружных половых органов (вульва, влагалище, шейка матки) и внутренних половых органов (воспаление матки и придатков: яичников и фаллопиевых (маточных) труб, а также воспаление тазовой клетчатки).

Классификация по МКБ-10

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
N70.0	Острый сальпингит и оофорит

N70.9	Сальпингит и оофорит неуточненные
N71.0	Острые воспалительные болезни матки
N72.0	Воспалительные болезни шейки матки
N73.0	Острый параметрит и тазовый целлюлит
N73.3	Острый тазовый перитонит у женщин
N73.5	Тазовый перитонит у женщин неуточненный
N73.9	Воспалительная болезнь женских тазовых органов неуточненная
N75.0	Болезни бартолиновой железы
N76.4	Абсцесс вульвы
N76.8	Другие уточненные воспалительные болезни влагалища и вульвы
K65.0	Острый перитонит
A40	Стрептококковая септицемия
A41	Другая септицемия

КЛАССИФИКАЦИЯ

На догоспитальном этапе целесообразно классифицировать воспалительные заболевания женских половых органов по распространенности процесса, что дает определенное представление о тяжести процесса и необходимой интенсивности лечебных мероприятий.

- Локальные формы: вульвит, вульвовагинит, бартолинит, кольпит, эндоцервицит, эндо (мио)метрит, сальпингоофорит.
- Распространенные формы: панметрит, параметрит, пельвиоперитонит.
- Генерализованные формы: перитонит, сепсис, септический шок.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Диагностика: Минимальными критериями для постановки диагноза ВЗОМТ являются:

- Болезненность при пальпации нижней части живота.
- Болезненность в области придатков матки при специальном гинекологическом исследовании (только специализированные бригады скорой медицинской помощи).
- Болезненные тракции шейки матки при специальном гинекологическом исследовании (только специализированные бригады скорой медицинской помощи).
- Наличие патологических выделений из половых путей (бели).
- Лихорадка (температура тела выше 38°C).
- Нарушение менструальной функции.
- Перитонеальная симптоматика (пельвиоперитонит, перитонит).

Внимание! При наличии перитонеальной симптоматики оценить наличие/отсутствие признаков сепсиса.

Сепсис – ведущая причина смерти от инфекции, особенно при отсутствии своевременной его диагностики и лечения.

В 2016 году критерии диагностики сепсиса были пересмотрены и в основу положено сочетание инфекционного очага и признаков полиорганной недостаточности вне зависимости от наличия или отсутствия системной воспалительной реакции. **Обязательными критериями для диагноза сепсиса являются: очаг инфекции и признаки полиорганной недостаточности.**

Сепсис – угрожающая жизни органная дисфункция, причиной которой является дисрегуляторный ответ организма на инфекцию [19].

Органная дисфункция – острые изменения в общем количестве баллов по шкале Sepsis-related Organ Failure Assessment (SOFA) на ≥ 2 пункта как следствие инфекции. Базовая линия шкалы SOFA (оценки связанной с сепсисом органной недостаточности) может быть приравнена к нулю у пациентов при отсутствии информации о ранее имевшейся у них органной дисфункции.

Септический шок в настоящее время определяется как разновидность сепсиса, при котором наблюдаемые циркуляторные, клеточные метаболические изменения достаточно выражены для существенного повышения риска смерти.

Септический шок – это сепсис, в сочетании с необходимостью проведения терапии вазопрессорами для подъёма АДср ≥ 65 мм рт.ст. и с уровнем лактата > 2 ммоль/л на фоне адекватной инфузионной терапии.

Диагностика сепсиса и септического шока должна основываться на четких критериях консенсуса «Сепсис-3»:

- подозрение на инфекцию или документально подтверждённая инфекция;
- органная дисфункция (оценка два балла и более по шкале SOFA).

Шкала qSOFA (quick Sequential Organ Failure Assessment) – упрощенная шкала SOFA для быстрой оценки на догоспитальном этапе и вне палаты интенсивной терапии (таблица 1).

Таблица 1.

Шкала qSOFA (quick Sequential Organ Failure Assessment)

Показатель	qSOFA, баллы
Снижение АД (АД систолическое ≤ 100 мм рт ст)	1
Увеличение частоты дыхания (≥ 22 дыханий/мин)	1
Нарушение сознания (по шкале Глазго < 15)	1

Количество баллов по шкале qSOFA 2 и более – сильный предиктор неблаго-

приятного исхода и пациентка требует экстренной эвакуации в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Необходима дифференциальная диагностика со следующими патологическими состояниями:

1. Гемоперитонеум (эктопическая беременность (ЭБ), апоплексия яичника).

Отличительные признаки:

- признаки внутрибрюшного кровотечения – частый пульс, слабость, головокружение, бледность кожных покровов, снижение давления;
- в анамнезе задержка менструации в течение 4–8 нед., вероятные признаки беременности, унилатеральная боль (при ЭБ);
- вторая половина цикла, унилатеральная боль (при апоплексии яичника);
- больная стремится принять сидячее положение, что уменьшает боль в животе (симптом ваньки-встаньки);
- френикус-симптом;
- симптом Куленкамппфа (болезненность и симптомы раздражения брюшины без напряжения брюшной стенки).
- притупление перкуторного звука в отлогих частях живота;

2. Перекрут ножки кисты/кистомы яичника (субсерозной миомы матки).

- боли унилатеральные;
- боли чаще возникают остро;
- с момента возникновения болей выражены тошнота, рвота, метеоризм.

Лечение:

1. При локальных и распространенных формах без признаков сепсиса и септического шока терапия на догоспитальном этапе не требуется.

2. При наличии перитонита и/или признаках септического шока:

- Венозный доступ – начало внутривенной инфузии кристаллоидов в объеме 10-20 мл/кг (при отсутствии эффекта применяются растворы альбумина).

NB! Препараты гидроксиэтилированного крахмала при сепсисе и септическом шоке противопоказаны

- При отсутствии эффекта от инфузионной терапии необходимо вводить вазопрессоры: норадреналин 0,1-0,3 мкг/кг/мин или мезатон 40-300 мкг/мин.
- Контроль диуреза.
- Пульсоксиметрия.
- Оценка проходимости дыхательных путей.

- Ингаляция кислорода.
- Перевод на ИВЛ при: нарушении сознания, судорожном синдроме, острой дыхательной или сердечно-сосудистой недостаточности.

Что нельзя делать:

- На догоспитальном этапе антибиотики не вводить.
- Не поить, не кормить пациентку (возможность оперативного лечения!).

Дальнейшее ведение:

- Все пациентки с воспалительными заболеваниями женской половой сферы госпитализируются в гинекологический стационар.
- Признаки распространенной и генерализованной форм воспаления предполагает госпитализацию в многопрофильный стационар (по возможности).
- При признаках шока следует заранее оповестить стационар, куда эвакуируется больная.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМАХ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Авторы-составители:

Белокрыницкая Т.Е. – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета, ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Читинская Государственная медицинская академия» Минздрава России, член Правления Российского общества акушеров-гинекологов, член Совета Ассоциации Акушерских анестезиологов-реаниматологов, президент КОО «Забайкальское общество акушеров-гинекологов»

Шаповалов К.Г. – проректор по лечебной работе и ДПО ФГБОУ ВО ЧГМА, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии ФГБОУ ВО «Читинская Государственная медицинская академия» Минздрава России, член Совета Ассоциации Акушерских анестезиологов-реаниматологов, председатель Совета РОО «Забайкальское общество анестезиологов-реаниматологов».

Клинические рекомендации (протокол лечения) разработан на основе сведений доказательной медицины, приказа МЗ РФ 572н «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (2012), международных рекомендаций по неотложной помощи при гинекологической травме (Handbook of Gynecological Emergencies. Gynecologic Trauma and Emergencies. 2015).

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Травматические повреждения половых путей могут возникать при дефлорации (особенно у детей и подростков), при половом акте (может быть и у рожавших женщин), при изнасиловании, при несчастных случаях – вследствие падения на острые и колющие предметы, ДТП, ранениях во время вве-

дения во влагалище инородных тел с целью мастурбации или прерывания беременности во время криминального аборта. Особенности травмы женских половых органов являются:

1. Травма половых органов женщины, как правило, сопровождается кровотечением, формированием гематомы в области больших и малых половых губ, в области влагалища.

2. Повреждения при падении на острые, колющие предметы представляют собой рваные раны с обширными повреждениями стенок, а нередко и сводов влагалища, с образованием гематом, распространяющихся на клетчатку малого таза.

3. В значительной части случаев наружное кровотечение сочетается с внутренним.

4. Вследствие анатомических особенностей травмы таза и половых органов часто сопровождаются повреждением кишечника, вне- или внутрибрюшинным разрывом мочевого пузыря.

Классификация по МКБ-10

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
S30.2	Ушиб наружных половых органов
S31.4	Открытая рана влагалища и вульвы
S31.5	Открытая рана других и неуточненных наружных половых органов
T19	Инородное тело в мочеполовых путях

Классификация по причине:

- огнестрельные раны (сквозные, слепые, касательные);
- неогнестрельные повреждения (ушибы, резаные, колотые, рубленые, рваные раны);
- ожоги;
- комбинированные поражения.

Ранения и закрытые повреждения женских половых органов делят на изолированные и сочетанные — с одновременным повреждением других органов, систем и областей тела (брюшной полости, таза, мочевыделительной системы).

По тяжести повреждения травмы женских половых органов бывают легкими, средней тяжести и тяжелыми, что определяется характером и обширностью повреждений, величиной наружного и внутреннего кровотечения, степенью нарушения гемодинамики.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Диагностика: диагноз при травматических повреждениях половых путей устанавливают при сборе анамнеза, на основании объективного исследования: по данным осмотра наружных половых органов и входа во влагалище.

- Определить вид и характер повреждения с учетом возможности внутрибрюшного кровотечения. Необходимо помнить о том, что женщина может скрыть факт травмы, в частности при изнасиловании, а особенно при криминальном аборте.

- Оценить цвет кожных покровов, исследовать пульс, измерить артериальное давление, определить степень гемодинамических нарушений.

- После оценки общего состояния пациентки, определить характер повреждений, наличие пятен крови, спермы, особенно на нижнем белье; имеется ли алкогольное (наркотическое) опьянение. При осмотре необходимо обращать внимание на соседние органы (уретру, анус) поскольку не исключается их сочетанная травма. Осмотр необходимо проводить комплексно с целью выявления возможных травм грудной клетки, головы и т.д.

- Уточнить наличие возможной беременности!

- При изнасиловании (или подозрении) о случившемся немедленно извещают правоохранительные органы.

Лечение:

- Успокоить пациентку, при необходимости ввести седативные средства (диазепам 5-10 мг в/в).

- При кровотечении из раневых участков на наружных половых органах показано наложение давящей Т-образной асептической повязки.

Лечение:

- Не есть, не пить (возможность оперативного лечения!).

- Введение противостолбнячной сыворотки.

- На догоспитальном этапе у пациентки с обильным кровотечением и/или геморрагическим/травматическим шоком основным мероприятием является медицинская эвакуация в стационар.

- При сочетанных травмах половых органов с одновременным повреждением других органов, систем и областей тела (брюшной полости, таза, мочевыделительной системы) — госпитализация в многопрофильный стационар.

При развитии геморрагического/травматического шока следует заранее оповестить стационар, куда эвакуируется больная, согласовав возможность оказания экстренной хирургической помощи.

Любые диагностические и лечебные мероприятия не должны удлинять время медицинской эвакуации на этап хирургической остановки кровотечения.

На догоспитальном этапе необходимо выполнить:

11. **Обезболивающие средства.** В зависимости от выраженности болевого синдрома возможны варианты:

- морфин 1% – 1 мл в/в;
- тримеперидин (Промедол) 2% – 1 мл в/в;
- кеторолак 1 мл в/в;
- трамадол 2 мл в/в;
- метамизол натрия (Анальгин) 50% – 2 мл в/в.

12. При наличии обильного кровотечения помимо локального гемостаза внутривенно ввести 1 г транексамовой кислоты.

13. Оценить тяжесть кровопотери: цвет и температура кожного покрова, нарушения микроциркуляции, слизистых, АД, ЧСС, диурез, сознание.

14. Катетеризация периферической вены и начало инфузионной терапии: кристаллоиды 500-1000 мл.

15. Если применения кристаллоидов недостаточно для лечения гиповолемии при острой кровопотере, вводят препараты гидроксиэтилированного крахмала в дозе не более 30 мл/кг (инструкция к препарату от 10.01.2017 г). Введение препаратов ГЭК так же показано при агональном состоянии на фоне острой массивной кровопотери.

16. При исходной артериальной гипотонии (АДсист менее 90 мм рт.ст.) не следует стремиться повысить АД выше 100 мм рт.ст. до хирургической остановки кровотечения (опасность усиления кровотечения). В случае длительной транспортировки пациентки с тяжелым геморрагическим шоком и неэффективности инфузионной терапии (нет подъема АД) допустимо использование вазопрессоров (норадреналина!).

17. Необходимо обеспечить ингаляцию кислорода, при декомпенсированной дыхательной недостаточности – ИВЛ.

18. Медицинская эвакуация в стационар осуществляется на каталке.

Что нельзя делать:

- Нельзя извлекать инородное тело.
- При указании на изнашивание – не мыться, бельё не менять.
- Нельзя вводить преднизолон.
- Исключить приём воды, пищи.
- Не повышать сист АД > 100.

Дальнейшее ведение пациента:

- Пациентки с травматическими повреждениями женских половых органов подлежат экстренной госпитализации в гинекологическое отделение многопрофильной больницы. Транспортировку осуществляют на носилках с проведением противошоковых мероприятий.

- При признаках шока оповестить стационар, куда планируется доставить пациентку.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ УРГЕНТНЫХ НЕГРАВИДАРНЫХ МЕТРОРРАГИЯХ (АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ)

Авторы-составители:

Белокриницкая Т.Е. – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета, ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Читинская Государственная медицинская академия» Минздрава России, член Правления Российского общества акушеров-гинекологов, член Совета Ассоциации Акушерских анестезиологов-реаниматологов, президент КОО «Забайкальское общество акушеров-гинекологов»

Клинические рекомендации (протокол лечения) разработан на основе сведений доказательной медицины, приказа МЗ РФ 572н «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (2012), материалов Международной федерации акушеров-гинекологов (FIGO Working Group on Menstrual Disorders. Int J Gynaecol Obstet 2011;113:3–13), клинических протоколов Американского общества акушеров-гинекологов (Diagnosis of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. Practice Bulletin No. 128. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2012;120:197–206) и Королевской Британской Коллегии акушеров-гинекологов (Heavy menstrual bleeding. Clinical guideline. London: RCOG, December 5, 2012).

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Аномальное маточное кровотечение (АМК) – любое маточное кровотечение, не отвечающее возрастным параметрам нормальной менструации.

Классификация по МКБ-10

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
N92.0	Обильные и частые менструации при регулярном цикле
N92.1	Обильные и частые менструации при нерегулярном цикле
N92.2	Обильные менструации в пубертатном периоде
N92.4	Обильные кровотечения в пременопаузном периоде
N92.5	Другие уточненные формы нерегулярных менструаций
N93.8	Другие уточненные аномальные кровотечения из матки и влагалища
N93.9	Аномальное маточное и влагалищное кровотечение неуточненное
N95.0	Постменопаузные кровотечения

КЛАССИФИКАЦИЯ

С учетом необходимости применения синдромного подхода на догоспитальном этапе, целесообразно выделять АМК:

- пубертатного периода (пубертатные кровотечения) (12-18 лет)
- репродуктивного периода (18-45 лет)
- перименопаузального периода (45-55 лет).

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Диагностика:

- Оценить общее состояние, сознание и адекватность поведения больной.
- Оценить цвет кожных покровов и слизистых, наличие кахексии, асцита (вероятность онкозаболевания), сыпи (коагулопатия, системные заболевания), дыхательную систему (ЧДД в мин, аускультация), сердечно-сосудистую (ЧСС, АД, аускультация, шоковый индекс), осмотр и пальпация живота, перистальтика,
- Визуально оценить характер кровотечения и количество кровянистых выделений (по прокладке).

При расспросе выяснить:

- Дату последней нормальной менструации.
- Длительность, интенсивность кровотечения.
- Наличие возможной беременности.
- Есть ли миома матки, аденомиоз, гиперплазия или полип эндометрия, злокачественные заболевания половых органов (в том числе в анамнезе), внутриматочный контрацептив.
- Наблюдалась ли у гематолога по поводу заболеваний крови (анемия, нарушения гемостаза и др.).
- Есть ли связь начала кровотечения с половым контактом (возможность травмы)!
- Принимала ли препараты, влияющие на свёртывающую систему крови.
- Принимала ли гормональные препараты: оральные контрацептивы, посткоитальные средства (эскапел, постинор), эстрогены, гестагены (дидрогестерон, прогестерон, 17-оксипрогестерона капронат и др.), норстероиды (норколут) и др.
- Принимала ли таблетки для медикаментозного аборта.

Лечение:

- Не есть, не пить (возможность оперативного лечения!).

Алгоритм действий при АМК

На догоспитальном этапе у пациентки с обильным (профузным) аномальным маточным кровотечением и/или геморрагическим шоком основным мероприятием является медицинская эвакуация в гинекологический стационар.

При развитии геморрагического шока следует заранее оповестить стационар, куда эвакуируется больная, согласовав возможность оказания экстренной хирургической помощи.

Любые диагностические и лечебные мероприятия не должны удлинять время медицинской эвакуации на этап хирургической остановки кровотечения.

На догоспитальном этапе необходимо выполнить:

- Гемостатическая терапия: внутривенное введение 1 г транексамовой кислоты.
- Оценить тяжесть кровопотери: сознание, цвет и температуру кожных покровов и слизистых, признаков нарушения микроциркуляции (периферический акроцианоз, бледность, холодные конечности, уши и др.), АД, ЧСС.

Показатель	Степени тяжести кровопотери			
	I	II	III	IV
Потеря крови, мл	<750	750–1500	1500–2000	>2000
Пульс, уд в мин	<100	≥100	>120	>140
Артериальное давление	норма	норма	снижено	снижено
Пульсовое давление, мм рт. ст.	норма	снижено	снижено	снижено
Частота дыханий, в мин	14–20	20–30	30–40	>40
Диурез, мл/ч	>30	20–30	5–15	Анурия
Сознание	Легкое беспокойство	Умеренное беспокойство	Беспокойство спутанность	Сонливость

• Катетеризация периферической вены и начало инфузионной терапии: кристаллоиды 500–1000 мл.

• Если применения кристаллоидов недостаточно для лечения гиповолемии при острой кровопотере, вводят препараты гидроксиэтилированного крахмала в дозе не более 30 мл/кг (инструкция к

препарату от 10.01.2017 г). Введение препаратов ГЭК так же показано при агональном состоянии на фоне острой массивной кровопотери.

- При исходной артериальной гипотонии (АДсист менее 90 мм рт.ст.) не следует стремиться повысить АД выше 100 мм рт.ст. до хирургической остановки кровотечения (опасность усиления кровотечения). В случае длительной транспортировки пациентки с тяжелым геморрагическим шоком и неэффективности инфузионной терапии (нет подъема АД) допустимо использование вазопрессоров (норадреналина!).

- Необходимо обеспечить ингаляцию кислорода, при декомпенсированной дыхательной недостаточности – ИВЛ.

- При продолжающемся обильном кровотечении придавить брюшную аорту кулаком к позвоночнику слева от пупка.

- Медицинская эвакуация в стационар осуществляется на каталке.

Что нельзя делать:

- Нельзя вводить преднизолон.

Дальнейшее ведение пациента:

- Все пациентки с ургентными аномальными маточными кровотечениями эвакуируются в гинекологический стационар.

- При развитии геморрагического шока следует заранее оповестить стационар, куда эвакуируется больная, согласовав возможность оказания экстренной хирургической помощи.

- Транспортировка пациентки на каталке с точкой инфузии.

- При отказе от госпитализации – активный патронаж в женскую консультацию.

**Схема доклада и консультации врачом ГКУЗ «Забайкальский
территориальный центр медицины катастроф» пациенток по профилю
«акушерство и гинекология», находящихся на лечении в медицинских
организациях районов Забайкальского края**
(врач района докладывает по указанной схеме и отмечает рекомендации специалистов)

Дата, время консультации: _____ Первичная, повторная

Район, наименование МО _____

Фамилия, имя, отчество, специальность врача МО _____

Фамилия, имя отчество консультанта ЗТЦМК (акушер-гинеколог, анестезиолог-реаниматолог, врач другого профиля – указать): _____

Фамилия, имя, отчество пациентки, возраст _____

Дата и время поступления _____ Кем направлена: СМП, через прием, самообращение

Сведения анамнеза:

- дата последней нормальной менструации _____
- количество беременностей _____, из них родов _____, аборт(ов) _____, выкидышей _____,
внематочная _____, пузырный занос _____
- осложнения родов, аборт(ов), выкидышей _____

- наличие гинекологических заболеваний, с какого года находится на «Д» учете, какое лечение получает (консервативное, оперативное – год, объем операции) _____

- наличие экстрагенитальной патологии: с какого года находится на «Д» учете, какое лечение получает (консервативное, оперативное – год, объем операции, консультации узких специалистов, рекомендации) _____

Вредные привычки _____

При наличии беременности

1. Дата взятия на учет (состояла ли на учете и где) _____

2. Срок гестации на момент взятия на учет _____

3. Состояла ли на учете в АИС «Мониторинг беременных» _____

4. Группа риска беременной по АИС «Мониторинг беременных» _____

5. Проводились ли консультации со специалистами АКДЦ (дата последней консультации, рекомендации) _____

6. Определена ли дата плановой госпитализации через АКДЦ в стационары II-III уровня, койки акушерского ухода (на какое число и в какое учреждение) _____

Анамнез настоящего заболевания: _____

Жалобы на момент консультации _____

Объективный статус: сознание _____ состояние _____ АД _____
ЧСС _____ сатурация _____ температура _____ диурез _____ Живот: _____

Состояние плода: _____

Бимануальное исследование: _____

Результаты обследований (отклонения от нормы): ОАК _____

ОАМ _____ биохимия _____

Коагулограмма _____ группа крови _____ резус-фактор _____

мазок из влагалища _____ ИППП _____ ЭКГ, ЭХОКГ _____

лучевые обследования (Rg, КТ, МРТ) _____

УЗИ скрининг, где проводился _____

Консультации смежных специалистов _____

Лечение, в т.ч. оперативное лечение _____

Эффективность лечения: _____

Заключение консультанта

Диагноз: _____

Рекомендации:

Клинико-лабораторное обследование _____

Рекомендуемые параметры респираторной терапии _____

Рекомендуемые параметры и программа инфузионно-трансфузионной терапии _____

Лечение (препараты, доза, путь введения) _____

Повторная консультация (дата, время) _____

Снята с мониторинга (дата, время) _____

Тактика ведения: лечение на месте, выезд специалистов ЗТЦМК (каких, оснащение бригады) _____

Эвакуация (куда, каким транспортом) _____

Подпись врача: _____