**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ) ПО ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА**

**Авторы:** Н.Н. Рухляда, руководитель отдела гинекологии Санкт-Петербургского научно-исследовательского института скорой помощи имени И.И. Джанелидзе; Б.В.Аракелян, заместитель главного врача по акушерско-гинекологической помощи СПб ГБУЗ «Александровская больница».

**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 | Фолликулярная киста яичника |
| N83.1 | Киста желтого тела |
| N83.2 | Другие и неуточненные кисты яичника |
| N94.0 | Боли в середине менструального цикла |

**КЛАССИФИКАЦИЯ:**

* Болевая форма – не сопровождающаяся внутрибрюшным кровотечением.
* Анемическая – сопровождающаяся внутрибрюшным кровотечением.

**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**Диагностика:**

* Вторая фаза менструального цикла.
* Унилатеральные 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 Куленкампффа (болезненность и симптомы раздражения брюшины без напряжения брюшной стенки).
* Притупление перкуторного звука в отлогих частях живота.

**Лечение:**

1. При болевой форме АЯ

* Ввести в/м или в/в этамзилат 4 мл (1000 мг) и/или транексам в/в 5 мл (С, 2-).
* Холод на низ живота

Медицинская эвакуация сидя. Контроль АД в процессе эвакуации.

2. При анемической форме АЯ дополнительно:

* Катетеризация кубитальной вены.
* Инфузия: гидроксиэтилкрахмал 6% или 10% р-р по 500–1000 мл, раствор натрия хлорида 0,9 % - 400 мл, раствор глюкозы 5 % - 400 мл.
* Ввести в/м или в/в этамзилат 4 мл (1000 мг) и/или транексам в/в 5 мл (С, 2-).
* Ингаляция кислорода.

Транспортировка пациентки на носилках.

3. При развитии геморрагического шока дополнительно:

* Для фельдшерской бригады – вызов специализированной бригады скорой медицинской помощи.
* Пульсоксиметрия.
* ЭКГ.
* Инфузия: гидроксиэтилкрахмал 6% или10% р-р по 1000 - 1500 мл, раствор натрия хлорида 0,9 % - 1000 мл струйно.
* Преднизолон 90 - 120 мг в/в.
* При отсутствии эффекта (САД<70) допамин 200 мг на 250 мл 0,9% натрия хлорида с 14 – 18 капель в минуту.
* Ингаляция кислорода.
* При нарушении функции дыхания:

- атропина сульфат 0,1% - 1,0 в/в;

- реланиум 2,0 мл в/в;

- кетамин 1 мг/кг в/в с последующей интубацией и ИВЛ (ВВЛ).

Транспортировка пациентки на носилках.

**Что нельзя делать:**

* Не повышать САД>90 мм.рт.ст.

**Дальнейшее ведение пациента:**

* Все пациентки с АЯ доставляются в гинекологический стационар.
* При развитии геморрагического шока через бюро госпитализации известить стационар, куда панируется доставить пациентку.

**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (СтОСМП)**

**Диагностика**

* При наличии признаков геморрагического шока больная, минуя СтОСМП, госпитализируется в операционное отделение для противошоковых меропритий, где проводятся противошоковые мероприятия параллельно с диагностическими и лечебными (В, 2+).
* При болевой форме АЯ:
* Осмотр специалиста (врач-акушер-гинеколог), при необходимости смежных специалистов: врача-хирурга, врача-уролога.
* Забор мочи, крови на исследования (клинический и биохимический анализ крови, коагулограмма, общий анализ мочи, ХГЧ для исключения эктопической беременности).
* УЗ-исследование органов малого таза и брюшной полости.
* ЭКГ.

При признаках внутрибрюшного кровотечения дополнительно:

* Лапаро(кульдо-)центез.
* Осмотр врачом-терапевтом (врачом-кардиологом).

**Лечение**

Лечение данной категории пациенток в условиях СтОСМП ограничено рамками подготовки к оперативному вмешательству:

* Подготовка кишечника.
* Туалет зоны вмешательства, бритье.
* Катетеризация вен.
* Катетеризация мочевого пузыря.
* Постановка желудочного зонда.
* Осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом.

**Дальнейшее ведение пациента:**

* Все пациентки госпитализируются в профильное (гинекологическое) отделение.
* При отказе от госпитализации - актив в женскую консультацию.

**Приложение**

**Сила рекомендаций (А-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).**

**Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)**

|  |  |
| --- | --- |
| Уровни доказательств | Описание |
| 1++ | Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок |
| 1+ | Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок |
| 1- | Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок |
| 2++ | Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2+ | Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2- | Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 3 | Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев) |
| 4 | Мнения экспертов |

**Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)**

|  |  |
| --- | --- |
| Сила | Описание |
| А | По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов |
| В | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+ |
| С | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++ |
| D | Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+ |

**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ) ПО ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

**Авторы:** Н.Н. Рухляда, руководитель отдела гинекологии Санкт-Петербургского научно-исследовательского института скорой помощи имени И.И. Джанелидзе; Б.В.Аракелян, заместитель главного врача по акушерско-гинекологической помощи СПб ГБУЗ «Александровская больница».

**Определение:**

Термин "воспалительные заболевания женских половых органов" является обобщающим для различных заболеваний женской половой сферы – воспалительных поражений вульвы и влагалища, воспаления матки и придатков: яичников и фаллопиевых (маточных) труб, а также воспаление тазовой клетчатки.

|  |  |
| --- | --- |
| Код по МКБ-10 | Нозологическая форма |
| N70.0 | Острый сальпингит и оофорит |
| N70.9 | Сальпингит и оофорит неуточненные |
| N71.0 | Острые воспалительные болезни 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 |
| N76.4 | Абсцесс вульвы |
| N76.8 | Другие уточненные воспалительные болезни влагалища и  вульвы |
| K65.0 | Острый перитонит |
| А40 | 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:** специфичных признаков для воспалительных заболеваний женской половой сферы нет. Наиболее часто заболевание характеризуется:

* Билатеральной болезненностью внизу живота (боль иногда иррадирует в нижние конечности).
* Наличием патологических выделений из половых путей.
* Лихорадкой (температура тела выше 38°С).
* Патологическим вагинальным кровотечением.
* Выраженной диспареунией.
* Чувствительностью или болезненностью шейки матки при бимануальном вагинальном обследовании (только специализированные бригады скорой медицинской помощи).
* Чувствительностью придатков матки при бимануальном вагинальном обследовании, с или без пальпируемых уплотнений (только специализированные бригады скорой медицинской помощи).
* Перитонеальной симптоматикой (пельвиоперитонит, перитонит).

Внимание! При наличии перитонеальной симптоматики оценить наличие/отсутствие признаков системного воспалительного ответа (ССВО):

* Температура больше 38о и меньше 36о С.
* Тахикардия более 90 в 1 минуту.
* Частота дыхания более 20 в 1 минуту.

Сочетание данных признаков со снижением систолического АД менее 90 мм.рт.ст. следует расценивать, как септический шок.

Необходима дифференциальная диагностика со следующими патологическими состояниями:

1. Гемоперитонеум (эктопическая беременность (ЭБ), апоплексия яичника). Отличительные признаки:

* признаки кровопотери – резкое снижение давления, частый пульс, слабость, головокружение, бледность кожных покровов;
* 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 Куленкампффа (болезненность и симптомы раздражения брюшины без напряжения брюшной стенки).
* притупление перкуторного звукав отлогих частях живота;
* при пальцевом исследовании прямой кишки определяется нависание ее передней стенки; при влагалищном исследовании — уплощение сводов, их болезненность, нависание заднего свода (только для АГБ).

1. Перекрут ножки кисты 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 (ССВО) терапия на догоспитальном этапе не требуется.

2. При наличии перитонита и/или признаках ССВО:

* Для фельдшерской бригады скорой медицинской помощи – вызов специализированной бригады скорой медицинской помощи.
* Осмотр PV (только для специализированной бригады скорой медицинской помощи).
* Катетеризация 2х кубитальных (для специализированной бригады скорой медицинской помощи – подключичной) вен.
* Катетеризация мочевого пузыря.
* Пульсоксиметрия.
* Холод на низ живота.
* Не есть, не пить (возможность оперативного лечения!).
* Инфузия: гидроксиэтилкрахмал 6% или10% р-р по 500–1000 мл, раствор натрия хлорида 0,9 % - 1000 мл капельно.
* Преднизолон 60 мг в/в.
* Контрикал 200 – 300 000 ЕД в/в (гордокс, трасилол).
* Ингаляция кислорода.

3. При признаках септического шока:

* Для общепрофильных бригад скорой медицинской помощи – вызов специализированной бригады скорой медицинской помощи.
* Катетеризация подключичной вены, катетеризация периферической вены.
* Катетеризация мочевого пузыря.
* Глюкометрия.
* Пульсоксиметрия.
* ЭКГ.
* Инфузия: гидроксиэтилкрахмал 6% или10% р-р по 1000 - 1500 мл, раствор натрия хлорида 0,9 % - 1000 мл струйно.
* Преднизолон 90 - 120 мг в/в.
* При отсутствии эффекта (САД<70) допамин 200 мг на 250 мл 0,9% натрия хлорида с 14 – 18 капель в минуту.
* Контрикал 400 – 500 000 ЕД в/в (гордокс, трасилол) (В, 2-).
* Ингаляция кислорода.
* При нарушении функции дыхания:

- атропина сульфат 0,1% - 1,0 в/в;

- реланиум 2,0 мл в/в;

- кетамин 1 мг/кг в/в с последующей интубацией и ИВЛ (ВВЛ).

**Что нельзя делать:**

* На догоспитальном этапе антибиотики не вводить.

**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 известить через бюро госпитализации стационар, куда панируется доставить пациентку.

**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (СтОСМП)**

**Диагностика:**

**Диагностические критерии воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) (CDC, USA) 2006 г.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Минимальные** | **Дополнительные** | **Достоверные** |
| Болезненность при пальпации в нижней части живота  Болезненность в области придатков  Болезненные тракции шейки матки | Температура выше 38,3°С  Патологические выделения из шейки матки или влагалища  Повышение СОЭ  Повышение уровня С-реактивного белка  Лабораторное подтверждение цервикальной инфекции, вызванной гонококками и хламидиями. | Гистопатология: обнаружение эндометрита при биопсии эндометрия  УЗИ показывающее утолщенные, наполненные жидкостным содержимым маточные трубы с наличием в брюшной полости свободной жидкости или тубоовариального образования  Обнаружение при лапароскопии признаков, соответствующие ВЗОМТ |

* При наличии признаков септического шока больная, минуя СтОСМП, госпитализируется в операционное отделение для противошоковых мероприятий (при наличии – специализированное отделение по лечению тяжелого сепсиса), где проводятся противошоковые мероприятия параллельно с диагностическими и лечебными. Консультация (вызов) специалиста по лечению тяжелого сепсиса.

При локальных и распространенных формах:

* Осмотр специалиста (врач-акушер-гинеколог), при необходимости смежных специалистов: врача-терапевта, врача-хирурга, врача-уролога.
* Клинический и биохимический анализ крови, коагулограмма, общий анализ мочи.
* УЗ-исследование органов малого таза и брюшной полости (В, 2-).
* ЭКГ
* СКТ (по показаниям).

При признаках перитонита дополнительно:

* Полипозиционное Rg-исследование грудной клетки и брюшной полости (В, 2+).
* Лапаро(кульдо-)центез, диагностическая лапароскопия.
* СКТ (по показаниям) (D).
* Осмотр терапевтом (кардиологом).
* Дальнейшие действия согласуются с дежурным врачаом-акушером-гинекологом и определяются тяжестью состояния больной, предварительным диагнозом и планом ведения (госпитализация в гинекологическое отделение, подготовка больной к экстренной операции и подача в операционную).

**Лечение:**

Лечение данной категории пациенток в условиях СтОСМП проводится только в рамках подготовки к оперативному вмешательству:

* Подготовка кишечника.
* Туалет зоны вмешательства, бритье.
* Катетеризация вен.
* Катетеризация мочевого пузыря.
* Постановка 2х просветного желудочного зонда.
* Осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом.
* Необходимость и объем инфузионной подготовки определяется дежурным врачом-акушером-гинекологом совместно с врачом-анестезиологом-реаниматологом с использованием перечня всех доступных препаратов в стационаре по необходимости.

**Дальнейшее ведение пациента:**

* Все пациентки госпитализируются в профильное (гинекологическое) отделение.
* При отказе от госпитализации - актив в женскую консультацию.

**Приложение**

**Сила рекомендаций (А-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).**

**Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)**

|  |  |
| --- | --- |
| Уровни доказательств | Описание |
| 1++ | Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок |
| 1+ | Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок |
| 1- | Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок |
| 2++ | Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2+ | Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2- | Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 3 | Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев) |
| 4 | Мнения экспертов |

**Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)**

|  |  |
| --- | --- |
| Сила | Описание |
| А | По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов |
| В | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+ |
| С | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++ |
| D | Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+ |

**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ) ПО ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ РОДАХ**

**Авторы:** Н.Н. Рухляда, руководитель отдела гинекологии Санкт-Петербургского научно-исследовательского института скорой помощи имени И.И. Джанелидзе; Б.В.Аракелян, заместитель главного врача по акушерско-гинекологической помощи СПб ГБУЗ «Александровская больница».

**Определение:** Роды — физиологический процесс изгнания плода, плодовых оболочек и плаценты по родовым путям матери.

|  |  |
| --- | --- |
| 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. беременности, в результате чего рождаются недоношенные дети с массой тела от 500 до 2500 г и ростом от 19–20 до 46 см. Для них характерен высокий процент как перинатальной смертности, так смертности и заболеваемости недоношенных детей, особенно родившихся в сроки 22–27 нед. беременности (масса тела от 500 до 1000 г).
* Срочные роды, наступившие при сроке беременности 40 ± 2 нед. и заканчивающиеся рождением живого доношенного плода с массой тела примерно 3200–3500 г и ростом от 46 см.
* Запоздалые роды, наступившие при сроке беременности свыше 42 нед. и закончившиеся рождением плода с признаками переношенности: плотные кости черепа, узкие швы и роднички, выраженное слущивание эпидермиса, сухость кожных покровов, считают переношенными. Роды переношенным плодом характеризуются высоким процентом родового травматизма.

Кроме того, выделяют роды физиологические и патологические. Осложнённое течение родов развивается у беременных с экстрагенитальной патологией, отягощённым акушерско-гинекологическим анамнезом или патологическим течением беременности.

В течение родов наблюдают три периода:

* период раскрытия шейки матки;
* период изгнания плода;
* последовый период.

**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**Диагностика:**

1. Решить вопрос о возможности транспортировки 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.

5. При необходимости произвести влагалищное исследование.

6. Поставить диагноз родов:

* первые или повторные;
* срочные или преждевременные, или запоздалые;
* период родов — раскрытия, изгнания, последовый;
* характер излития околоплодных вод — преждевременное, раннее,
* своевременное;
* осложнения беременности и родов;
* особенности акушерско-гинекологического анамнеза;
* сопутствующая экстрагенитальная патология.

**Лечение**

С целью профилактики гипоксии плода:

* Ввести в/в 5,0 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты в 20,0 мл глюкозы.
* Ингаляция кислорода.

В потужном периоде с целью обезболивания (особенно у пациенток с заболеваниями сердца и гестозом):

* Ввести но-шпа 2% 2,0 мл в/м (С, 2-)
* Промедол 2% 1,0 мл в/м

**Дальнейшее ведение пациента:**

***При наличии условий и возможностей транспортировки необходимо произвести срочную госпитализацию в акушерский стационар или специализированный родильный дом по профилю.***

При отсутствии возможности транспортировки роженицы в родильный дом следует приступить к ведению родов. Роженице ставят очистительную клизму, сбривают волосы на лобке, наружные половые органы обмывают кипяченой водой с мылом, производят смену постельного белья, под него подкладывают клеёнку, готовят самодельный польстер — маленькую подушку, обернутую в несколько слоёв простыней (желательно стерильной).

Польстер в родах подкладывают под таз роженицы, что придает ему возвышенное положение и открывает свободный доступ к промежности.

ВЕДЕНИЕ ПЕРВОГО ПЕРИОДА РОДОВ

Ведение периода раскрытия, как правило, активно-выжидательное.

Следует наблюдать за развитием схваток, сердцебиением плода и продвижением предлежащей части (обычно — головки). Необходимо выяснять самочувствие — степень болевых ощущений, наличие головокружения, головной боли, расстройства зрения, выслушивать сердечные тоны, систематически измерять пульс, артериальное давление. Необходимо следить за мочеиспусканием и опорожнением прямой кишки. Переполнение этих органов ведет к нарушению периода раскрытия, изгнание плода и выделения последа. Регулярно проводится оценка сократительной способности матки. Учитывается тонус матки, интервал между схватками, ритмичность и частота. Одним из важных моментов ведения первого периода является контроль за состоянием плода. Наблюдение за сердцебиением плода в период раскрытия при ненарушенном плодном пузыре производится через каждые 15–20 мин, а после излития околоплодных вод — через 5–10 мин. При аускультации обращают внимание на частоту, ритм и звучность сердечных сокращений плода.

ВЕДЕНИЕ ВТОРОГО ПЕРИОДА РОДОВ

Начиная с полного или почти полного раскрытия шейки матки, начинается поступательное движение плода по родовому каналу (биомеханизм родов). Биомеханизм родов — это совокупность поступательных и вращательных движений, производимых плодом, проходящим по родовому каналу.

В периоде изгнания ведут систематическое наблюдение за состоянием роженицы и плодом (наблюдение за плодом — как происходит продвижение головки плода). При наблюдении за плодом следует иметь в виду, что при физиологическом течении родов в периоде изгнания головка большим сегментом не должна стоять в одной и той же плоскости малого таза свыше 2 часов, а весь период изгнания не должен продолжаться свыше 4 часов. Начиная с полного или почти полного раскрытия шейки матки начинается поступательное продвижение плода по родовому каналу. Этот момент называют биомеханизмом родов. Роды в затылочном предлежании составляют около 96% всех родов, чаще наблюдают передний вид затылочного предлежания. Роды в поперечном, косом положении, при разгибательных вставлениях, тазовом предлежании плода в домашних условиях невозможны, необходима экстренная госпитализация в акушерский стационар. При диагностике первичной и вторичной слабости, дискоординации родовой деятельности самостоятельные действия врача необходимо прекратить и срочно госпитализировать пациентку в специализированное лечебное учреждение. В этом периоде родов ведут наблюдение за состоянием роженицы, за характером родовой деятельности, за сердцебиением плода. Сердцебиение необходимо выслушивать после каждой потуги, следует обращать внимание на ритм и звучность тонов сердца плода. Необходимо следить за продвижением предлежащей части — при физиологическом течении родов головка не должна стоять в одной плоскости малого таза более 2 часов; за характером выделений из половых путей — в период раскрытия и изгнания кровянистых выделений из половых путей не должно быть. Как только головка начинает врезываться, то есть в тот момент, когда при появлении потуги головка появляется в половой щели, а с окончанием потуги уходит во влагалище, надо быть готовым к приёму родов. Роженицу помещают поперек кровати, а голову — на поставленный к кровати стул, подкладывают под таз роженицы самодельный польстер. Под голову и плечи роженицы кладут ещё одну подушку для того, чтобы роженица находилась в слегка полусидячем положении — в таком положении ей легче тужиться. Наружные половые органы повторно обмывают тёплой водой с мылом, обрабатывают 5% р-ром йода. Задний проход закрывают стерильной ватой или пелёнкой. Принимающий роды тщательно с мылом моет и обрабатывает дезинфицирующим раствором руки; при наличии — целесообразно использовать стерильный акушерский комплект одноразового пользования.

Приём родов заключается в оказании акушерского пособия.

При головном предлежании акушерским пособием в родах называют совокупность последовательных манипуляций в конце второго периода родов, направленных как на содействие физиологическому механизму родов, так и на предупреждение травматизма матери и плода. Как только головка врежется в половую щель и будет сохранять такое положение и вне схватки, начинается прорезывание головки; с этого момента врач или акушерка, стоящая справа от роженицы, боком к её голове, ладонью правой руки с широко отведённым большим пальцем обхватывает промежность, покрытую стерильной салфеткой и через последнюю старается при схватке задержать преждевременное разгибание головки, способствуя этим выхождению затылка из-под симфиза. Левая рука находится «наготове» на случай, если бы поступательное движение головки оказалось чрезмерно сильным и одна правая рука не смогла бы удержать её. Как только подзатылочная ямка подойдет под лонную дугу (принимающий 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. Непременно нужно выводить головку до тех пор, пока промежность «не сойдет» с подбородка — пока подбородок не выйдет наружу.

Всё это проделывают обязательно вне схватки, так как при схватке медленно вывести головку очень трудно, а при быстром выведении рвется промежность. В этот момент следует из ротика плода отсосать вытекающую слизь, так как ребёнок может сделать первый вдох и слизь может попасть в дыхательные пути, вызывая асфиксию.

После рождения головки пальцем проводят по шее плода до плеча: проверяют, не обвилась ли пуповина вокруг шеи; если имеется обвитие пуповины, петлю последней осторожно снимают через головку.

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 дождаться 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: повернувшуюся головку захватывают между обеими ладонями — с одной стороны за подбородок, а с другой — за затылок или кладут ладони на височно-шейные поверхности и, осторожно, слегка вращают головку затылком в сторону позиции, одновременно бережно оттягивая её книзу, подводя переднее плечико под лонное сочленение. Далее обхватывают головку левой рукой так, что ладонь её ложится на нижнюю щечку, 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.

Принцип «защиты промежности» при переднем виде затылочного предлежания заключается в том, чтобы не допустить преждевременного разгибания головки; только после того, когда выйдет затылок и подзатылочная ямка упрётся в лунную дугу, медленно выпускают головку над промежностью — это важное условие для сохранения целости промежности и рождения головки наименьшим размером — малым косым. Если головка будет прорезываться в половой щели не малым косым размером (при затылочном предлежании), легко может произойти её разрыв. С техникой и методикой проведения родов нередко может быть связана родовая травма новорождённого (внутричерепные кровоизлияния, переломы).

Если акушерское ручное пособие при прорезывании головки проводить грубо или принимающий роды давит пальцами на головку — это может привести к указанным осложнениям. Во избежание подобных осложнений рекомендуют устранить чрезмерное противодавление растягивающейся промежности на головку плода, для чего применяют операцию рассечения промежности — перинео- или эпизиотомию.

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 целость тазового дна. Только так нужно понимать термин «защита промежности».

Сразу же после рождения головки из верхних частей глотки и ноздрей необходимо отсосать слизь и околоплодные воды с помощью заранее прокипяченной резиновой груши. Для избежания аспирации новорождённым содержимого желудка, сначала отсасывают содержимое глотки, а затем носа. Родившегося младенца кладут между ног матери на стерильные пелёнки, сверху ребёнка покрывают ещё одной пелёнкой, чтобы не допустить его переохлаждения. Производят осмотр и оценку ребёнка по методу Апгар сразу при рождении 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 Апгар

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Критерии для оценки**  **по шкале Апгар** | **0 баллов** | **1 баллов** | **2 баллов** |
| Окраска кожного покрова | 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 (гримаса, 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 |

Количество баллов от 4 до 6 свидетельствует о том, что эти дети цианотичны, имеют аритмичное дыхание, ослабленный мышечный тонус, повышенную рефлекторную возбудимость, частоту сердцебиения свыше 100 в 1 минуту и могут быть спасены.

Количество баллов от 0 до 3 указывает на наличие тяжёлой асфиксии. Такие дети при рождении должны быть отнесены к числу нуждающихся в немедленной реанимации.

0 баллов соответствует понятию «мертворождённый».

Оценка через 1 минуту после рождения (или раньше) должна выявить младенцев, нуждающихся в оказании им немедленной помощи, оценка через 5 мин коррелирует с показателями неонатальной заболеваемости и смертности.

После появления первого крика и дыхательных движений, отступя 8–10 см от пупочного кольца, пуповину обрабатывают спиртом и между двумя стерильными зажимами рассекают и перевязывают толстым хирургическим шелком, тонкой стерильной марлевой тесемкой. Культю пуповины смазывают 5% р-ром йода и на неё накладывают стерильную повязку. Нельзя использовать для перевязки пуповины тонкую нитку, так она может прорезать пуповину вместе с её сосудами.

Дальнейшую обработку новорождённого (кожа, пуповина, профилактика офтальмобленореи) производят только в акушерском стационаре, в условиях максимальной стерильности для профилактики возможных инфекционных и гнойно-септических осложнений. Кроме того, неумелые действия при вторичной обработке пуповины могут вызвать трудноостановимое кровотечение после отсечения пуповины от пупочного кольца. Роженице выпускают мочу с помощью катетера, в/в вводят метилэргометрин 1,0 мл 0,02% р-ра и приступают к ведению третьего (последового) периода родов.

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. При физиологическом течении родов в первые два их периода (раскрытия и изгнания) отслойки плаценты не бывает.

Последовый период продолжается в норме от 5 до 20 минут и сопровождается кровотечением из матки. Через несколько минут после рождения ребёнка возникают схватки и, как правило, кровянистые выделения из половых путей, указывающие на отслойку плаценты от стенок матки. Дно матки находится выше пупка, а сама матка вследствие тяжести отклоняется право или влево; одновременно отмечают удлинение видимой части пуповины, что заметно по перемещению зажима, наложенного на пуповину около наружных половых органов. После рождения последа матка приходит в состояние резкого сокращения. Дно её находится посередине между лоном и пупком и его пальпируют как плотное, округлое образование.

Количество теряемой крови в последовом периоде обычно не должно превышать 100–200 мл. После рождения последа родившая женщина вступает в послеродовый период. Её теперь называют родильницей. Ведение последового периода родов — консервативное. В этом периоде нельзя ни на минуту отлучаться от роженицы. Нужно следить, всё ли благополучно, т.е. нет ли кровотечения, как наружного, так и внутреннего; необходим контроль за характером пульса, общим состоянием роженицы, за признаками отделения плаценты; следует вывести мочу, поскольку переполненный мочевой пузырь препятствует нормальному течению последового периода. Для избежания осложнений недопустимо производить наружный массаж матки, потягивать за пуповину, что может привести к нарушениям физиологического процесса отделения плаценты и возникновению сильного кровотечения. Вышедшее из влагалища детское место (плацента с оболочками и пуповиной) тщательно осматривают: его 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.

Если не хватает плацентарной дольки или части её и имеется кровотечение из полости матки, следует тотчас же произвести ручное обследование стенок полости матки и удалить рукой задержавшуюся дольку. Недостающие оболочки, если нет кровотечения, можно не удалять: обычно они в первые 3–4 дня послеродового периода выходят самостоятельно. Родившийся послед обязательно должен быть доставлен в акушерский стационар для тщательной оценки его целости врачом-акушером. После родов производят туалет наружных половых органов, их дезинфекцию. Осматривают наружные половые органы, вход во влагалище и промежность. Имеющиеся ссадины, трещины обрабатывают йодом, 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 манипуляциях должны быть направлены на срочную доставку родильницы в акушерский стационар.***

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.

ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ОШИБКИ

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.

**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕННИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (СтОСМП)**

Пациентка при поступлении в стационар, минуя СтОСМП, сразу направляется в специализированное отделение.

**Литература:**

1. Акушерство / под ред. Савельевой Г.М. — Медицина. — М., 2000.
2. Бодяжина В.И., Жмакин К.Н., Кирющенков А.П. / Акушерство. — Меди-

цина. — Москва., 1986.

**Приложение**

**Сила рекомендаций (А-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).**

**Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)**

|  |  |
| --- | --- |
| Уровни доказательств | Описание |
| 1++ | Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок |
| 1+ | Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок |
| 1- | Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок |
| 2++ | Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2+ | Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2- | Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 3 | Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев) |
| 4 | Мнения экспертов |

**Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)**

|  |  |
| --- | --- |
| Сила | Описание |
| А | По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов |
| В | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+ |
| С | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++ |
| D | Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+ |

**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛ) ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМАХ ЖЕНСКИХ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

**Авторы:** Н.Н. Рухляда, руководитель отдела гинекологии Санкт-Петербургского научно-исследовательского института скорой помощи имени И.И. Джанелидзе; Б.В.Аракелян, заместитель главного врача по акушерско-гинекологической помощи СПб ГБУЗ «Александровская больница».

**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, ДТП, ранениях во время введения во влагалище инородных тел с целью мастурбации или прерывания беременности во время криминального аборта. Особенностями травмы женских половых органов являются:

а) Травма половых органов женщины, как правило, сопровождается значительным кровотечением, что требует необходимости оказания неотложной помощи;

б) В значительной части случаев наружное кровотечение сочетается с внутренним;

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

|  |  |
| --- | --- |
| 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:**

* 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.

**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.
* Исследовать пульс, измерить артериальное давление, оценить 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 на оное) о случившемся немедленно извещают правоохранительные органы.

**Лечение:**

* Успокоить пациентку, при необходимости ввести седативные средства (диазепам 5-10 мг в/в).
* Обезболить (метамизол 1 г (2 мл) в/в или в/м; кетопрофен 100 мг (2 мл) в/м).
* При наличии обильных кровяных выделений ввести в/м или в/в этамзилат 4 мл (1000 мг) и/или транексам в/в 5 мл (С, 2-).
* При наличии открытой раны промежности наложить давящую асептическую повязку, приложить холод.
* При наличии признаков геморрагического шока (озноб, холодный пот, снижение наполнения вен, тахикардия более 100 вмин, гипотония менее АД сист. менее 100 мм рт.ст.) наладить надёжный венозный доступ, начать инфузию плазмозамещающих растворов (гидроксиэтилкрахмал 400 мл, раствор натрия хлорида 0,9 % - 400 мл, раствор глюкозы 5 % - 400 мл).
* При обильном кровотечении с признаками прогрессирующего геморрагического шока брюшную аорту придавливают кулаком к позвоночнику слева от пупка (это удается сделать при вялой брюшной стенке). Недостатком пальцевого прижатия сосудов является невозможность длительной остановки кровотечения из-за того, что оказывающий помощь быстро устает. Но вместе с тем этот способ незаменим в тех случаях, когда невозможно тотчас остановить кровотечение более радикально.

**Что нельзя делать:**

* Не есть, не пить.
* Инородное тело не извлекать.
* При указании на изнасилование – не мыться, бельё не менять.
* Не повышать САД>100.

**Дальнейшее ведение пациента:**

* Пациентки с травматическими повреждениями женских половых органов подлежат экстренной госпитализации в гинекологическое отделение многопрофильной больницы. Транспортировку осуществляют на носилках.
* При признаках шока через бюро госпитализации известить стационар, куда планируется доставить пациентку.

**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (СтОСМП)**

**Диагностика:**

* Оценить степень гемодинамических нарушений: при наличии геморрагического шока больная, минуя СтОСМП, госпитализируется в операционное отделение для противошоковых мероприятий, где проводятся противошоковые мероприятия параллельно с диагностическими.
* Вызов специалиста (врач-акушер-гинеколог), при необходимости смежных специалистов: врач-уролог, врач-хирург, врач-травматолог-ортопед.
* Клинический и биохимический анализ крови, коагулограмма, общий анализ мочи, ХГЧ, а при шоке дополнительно кровь на группу и резус-фактор.
* УЗ-исследование органов малого таза и брюшной полости.
* При подозрении на гемоперитонеум – лапароцентез, диагностическая лапароскопия.
* При подозрении на переломы костей таза – Rg-графия.
* При проникающих (внутрибрюшных) ранениях, при ранениях задней стенки влагалища, промежности с повреждением передней стенки прямой кишки, а также при подозрении на сочетанную травму гениталий и кишечника – полипозиционная Rg-графия грудной клетки и живота (В, 2++).
* Дальнейшие действия согласуются с дежурным врачом-акушером-гинекологом и определяются тяжестью состояния больной, предварительным диагнозом и планом ведения (дообследование в условиях СтОСМП, забор материала для освидетельствования при указании на изнасилование, госпитализация в гинекологическое отделение, подготовка больной к экстренной операции и подача в операционную).
* При получении травмы в результате противоправных действий, ДТП – известить правоохранительные органы.

**Лечение – оперативное:**

* Остановка кровотечения.
* Обработка, восстановление целостности анатомических образований и органов.

**Дальнейшее ведение пациента:**

* при наличии геморрагического шока больная, минуя СтОСМП, госпитализируется в операционное отделение для противошоковых мероприятий, где проводятся противошоковые мероприятия параллельно с диагностическими.
* все пациентки с травмами женских половых органов подлежат осмотру узкого специалиста(-ов) в течение не более, чем 30 минут от момента поступления в СтОСМП.
* необходимость выполнения каких-либо оперативных манипуляций предполагает госпитализацию пациентки в специализированное отделение, в зависимости от тяжести ведущего и иных повреждений, а также наличия (отсутствия) беременности.
* незначительные повреждения наружных половых органов (ссадины, гематомы, не требующие вскрытия, царапины и т.п.) после диагностических мероприятий и обработки (при необходимости) являются показанием для амбулаторного лечения по месту жительства.

**Приложение**

**Сила рекомендаций (А-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).**

**Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)**

|  |  |
| --- | --- |
| Уровни доказательств | Описание |
| 1++ | Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок |
| 1+ | Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок |
| 1- | Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок |
| 2++ | Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2+ | Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2- | Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 3 | Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев) |
| 4 | Мнения экспертов |

**Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)**

|  |  |
| --- | --- |
| Сила | Описание |
| А | По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов |
| В | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+ |
| С | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++ |
| D | Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+ |

**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ) ПО ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ УГРОЗЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА СРОКАХ ГЕСТАЦИИ ДО 22 НЕДЕЛЬ**

**Авторы:** Н.Н. Рухляда, руководитель отдела гинекологии Санкт-Петербургского научно-исследовательского института скорой помощи имени И.И. Джанелидзе; Б.В.Аракелян, заместитель главного врача по акушерско-гинекологической помощи СПб ГБУЗ «Александровская больница».

**Определение:** Угроза прерывания беременности — самопроизвольное прерывание беременности на ранних (до 22 нед.) сроках, когда происходит раскрытие цервикального канала и изгнание плодного яйца целиком или частично.

|  |  |
| --- | --- |
| Код по МКБ-10 | Нозологическая форма |
| О03.2 | Неполный аборт, осложнившийся эмболией |
| О03.3 | Неполный аборт, с другими и неуточненными осложнениями |
| О03.4 | Неполный аборт без осложнений |
| О03.5 | Полный или неуточненный аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов |
| О03.6 | Полный или неуточненный аборт, осложнившийся длительным или чрезмерным кровотечением |
| О03.7 | Полный или неуточненный аборт, осложнившийся эмболией с состояниями, классифицированными в подрубрике O08.2 |
| О03.8 | Полный или неуточненный аборт с другими или неуточненными осложнениями |
| О03.9 | Полный или неуточненный аборт без осложнений |
| О20.0 | Угрожающий аборт |
| О20.8 | Другие кровотечения в ранние сроки беременности |
| О20.9 | Кровотечение в ранние сроки беременности неуточненное |

**КЛАССИФИКАЦИЯ:**

* угрожающий аборт
* начавшийся аборт
* аборт в ходу
* свершившийся аборт (полный, неполный)

**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**Диагностика:**

* Выяснить со слов (по данным обменной карты женской консультации) срок беременности, 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, характер предлежащей части.
* Влагалищное исследование проводится только специалистами специализированной бригады скорой медицинской помощи.
* Инструментальные исследования на догоспитальном этапе нецелесообразны.

**Лечение:**

* При отсутствии кровотечения и выраженного болевого синдрома терапии на догоспитальном этапе не требуется.
* При необходимости ввести седативные средства: диазепам 5-10 мг в/в.
* Обезболить: метамизол 1 г (2 мл) в/в или в/м; кетопрофен 100 мг (2 мл) в/м).
* Гемостатики: ввести в/м или в/в этамзилат 4 мл (1000 мг) и/или транексам в/в 5 мл (В, 2+).
* Ввести магния сульфат 10 мл 25% р-ра в/м, папаверин 2 мл 2% р-ра в/м.
* При АД сист<100, тахикардии >100 – катетеризация 2 кубитальных (для РХБ – подключичной вены) и инфузия: гидроксиэтилкрахмал 6% или10% р-р по 500–1000 мл или ХАЭС-стерил 6% или 10% р-р по 500–100 мл в/в капельно (или струйно) (С, 2-).

**Что нельзя делать:**

* При признаках шока не повышать САД>100.

**Дальнейшее ведение пациента (показания к доставке 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 известить через бюро госпитализации стационар, куда планируется доставить пациентку.
* При отказе от госпитализации актив в женскую консультацию.

**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (СтОСМП)**

**Диагностика:**

* Оценить степень гемодинамических нарушений: при наличии геморрагического шока больная, минуя СтОСМП, госпитализируется в противошоковую палату, где проводятся противошоковые мероприятия параллельно с диагностическими и лечебными.
* Вызов специалиста (акушер-гинеколог).
* Забор мочи, крови на исследования (клинический и биохимический анализ крови, коагулограмма, общий анализ мочи, ХГЧ, а при шоке дополнительно кровь на группу и резус-фактор).
* УЗ-исследование органов малого таза и брюшной полости.
* Дальнейшие действия согласуются с дежурным акушером-гинекологом и определяются тяжестью состояния больной, предварительным диагнозом и планом ведения (госпитализация в гинекологическое отделение, подготовка больной к экстренной операции и подача в операционную).

**Лечение:**

* проводится только в условиях специализированного (гинекологического) отделения.

**Дальнейшее ведение пациента:**

* При наличии геморрагического шока больная, минуя СтОСМП, госпитализируется в противошоковую палату, где проводятся противошоковые мероприятия параллельно с диагностическими и лечебными.
* Все беременныес угрозой прерывания беременности до 22 недель гестации госпитализируются в профильное (гинекологическое) отделение.
* При отказе от госпитализации - актив в женскую консультацию.

**Приложение**

**Сила рекомендаций (А-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).**

**Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)**

|  |  |
| --- | --- |
| Уровни доказательств | Описание |
| 1++ | Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок |
| 1+ | Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок |
| 1- | Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок |
| 2++ | Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2+ | Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2- | Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 3 | Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев) |
| 4 | Мнения экспертов |

**Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)**

|  |  |
| --- | --- |
| Сила | Описание |
| А | По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов |
| В | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+ |
| С | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++ |
| D | Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+ |

**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ) ПО ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Авторы:** Н.Н. Рухляда, руководитель отдела гинекологии Санкт-Петербургского научно-исследовательского института скорой помощи имени И.И. Джанелидзе; Б.В.Аракелян, заместитель главного врача по акушерско-гинекологической помощи СПб ГБУЗ «Александровская больница».

**Определение:** эктопическая беременность (ЭБ) - развитие плодного яйца вне полости матки.

|  |  |
| --- | --- |
| Код по МКБ-10 | Нозологическая форма |
| O00.0 | Абдоминальная (брюшная) беременность |
| O00.1 | Трубная беременность |
| O00.2 | Яичниковая беременность |
| O00.8 | Другие формы внематочной беременности |

**КЛАССИФИКАЦИЯ:**

* Абдоминальная (брюшная) беременность – а) первичная, б) вторичная.
* Трубная беременность – а) ампулярная, б) интерстициальная, в) истмическая, г) фимбриальная.
* Яичниковая беременность.
* Шеечная беременность.
* В рудиментарном роге матки.
* Внутрисвязочная.
* Комбинированная.

На догоспитальном этапе целесообразно классифицировать по клиническому течению:

* Прогрессирующая ЭБ.
* Нарушенная ЭБ.

**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**Диагностика:**

1. Прогрессирующая ЭБ:

* Нарушение менструальной функции (часто – задержка и нетипичный характер последней менструации), другие вероятные признаки беременности: нагрубание молочных желез; тошнота, вкусовые изменения.
* Незначительные тянущие боли без четкой локализации, чаще унилатеральные.
* Тест на беременность положительный, уровень ХГЧ несколько ниже, чем при маточной беременности этого срока.
* При влагалищном исследовании (только для специализированной бригады скорой медицинской помощи) – незначительное размягчение матки и ее перешейка.
* Отсутствие ранних признаков маточной беременности (симптомы Пискачека, Гентера).
* Размеры матки не соответствуют срокам гестации.
* В области придатков пальпируется болезненное образование тестообразной консистенции.
* При шеечной беременности может пальпироваться матка в виде песочных часов (Внимание! При подозрении на шеечную беременность бимануальное и ректальное исследования 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 (Блюмберга-Щеткина).
* Больная стремится принять сидячее положение, что уменьшает боль в животе (симптом ваньки-встаньки).
* Френикус-симптом.
* Симптом Куленкампффа (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 шеечная беременность характеризуется массивным наружным кровотечением.

**Лечение:**

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

2. При нарушенной ЭБ:

* Холод на низ живота.
* Катетеризация кубитальной вены.
* Инфузия: гидроксиэтилкрахмал 6% или10% р-р по 500–1000 мл, раствор натрия хлорида 0,9 % - 400 мл, раствор глюкозы 5 % - 400 мл.
* Ввести в/м или в/в этамзилат 4 мл (1000 мг) и/или транексам в/в 5 мл (В, 2+).
* Ингаляция кислорода.

3. При нарушенной шеечной беременностис обильным кровотечениембрюшную аорту придавить кулаком к позвоночнику слева от пупка.

4. При развитии геморрагического шока дополнительно:

* Пульсоксиметрия.
* ЭКГ.
* Инфузия: гидроксиэтилкрахмал 6% или10% р-р по 1000 - 1500 мл, раствор натрия хлорида 0,9 % - 1000 мл струйно.
* Преднизолон 90 - 120 мг в/в (В, 2+).
* При отсутствии эффекта (САД<70) допамин 200 мг на 250 мл 0,9% натрия хлорида с 14 – 18 капель в минуту.
* Ингаляция кислорода.
* При нарушении функции дыхания:

- атропина сульфат 0,1% - 1,0 в/в;

- реланиум 2,0 мл в/в;

- кетамин 1 мг/кг в/в с последующей интубацией и ИВЛ (ВВЛ).

**Что нельзя делать:**

* Не повышать САД>90 мм.рт.ст.
* При подозрении на шеечную беременность избегать влагалищного и ректального исследований.

**Дальнейшее ведение пациента:**

* Все пациентки с подозрением на ЭБ госпитализируются в гинекологический стационар.
* При развитии геморрагического шока через бюро госпитализации известить стационар, куда планируется доставить пациентку.

**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (СтОСМП)**

**Диагностика**

* При наличии признаков геморрагического шока и/или шеечной беременности больная, минуя СтОСМП, госпитализируется в операционное отделение для противошоковых мероприятий, где проводятся противошоковые мероприятия параллельно с диагностическими и лечебными.
* При прогрессирующей ЭБ:
* Осмотр специалиста (врач-акушер-гинеколог), при необходимости смежных специалистов: врач-хирурга, врач-уролога.
* Клинический и биохимический анализ крови, коагулограмма, общий анализ мочи.
* УЗ-исследование органов малого таза и брюшной полости.
* ЭКГ.

При признаках внутрибрюшного кровотечения дополнительно:

* Лапаро(кульдо-)центез.
* Осмотр врачом-терапевтом (врачом-кардиологом).

**Лечение**

Лечение данной категории пациенток в условиях СтОСМП ограничено рамками подготовки к оперативному вмешательству:

* Подготовка кишечника.
* Туалет зоны вмешательства, бритье.
* Катетеризация вен.
* Катетеризация мочевого пузыря.
* Постановка желудочного зонда.
* Осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом.

**Дальнейшее ведение пациента:**

* Все пациентки госпитализируются в профильное (гинекологическое) отделение.
* При отказе от госпитализации - актив в женскую консультацию.

**Приложение**

**Сила рекомендаций (А-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).**

**Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)**

|  |  |
| --- | --- |
| Уровни доказательств | Описание |
| 1++ | Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок |
| 1+ | Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок |
| 1- | Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок |
| 2++ | Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2+ | Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2- | Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 3 | Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев) |
| 4 | Мнения экспертов |

**Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)**

|  |  |
| --- | --- |
| Сила | Описание |
| А | По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов |
| В | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+ |
| С | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++ |
| D | Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+ |

**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ) ПО ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЭКЛАМПСИИ И ПРЕЭКЛАМПСИИ**

**Авторы:** Н.Н. Рухляда, руководитель отдела гинекологии Санкт-Петербургского научно-исследовательского института скорой помощи имени И.И. Джанелидзе; Б.В.Аракелян, заместитель главного врача по акушерско-гинекологической помощи СПб ГБУЗ «Александровская больница».

**Определение:** Преэклампсия — критическое, но обратимое состояние, предшествующее самой тяжёлой форме гестоза — эклампсии. Патофизиологической основой синдрома является нарушение и недостаточность мозгового кровообращения в сочетании с генерализацией системных нарушений печени, почек, гемостаза, гемоликвородинамики, лёгких, сердечно-сосудистой системы.

Эклампсия — самая тяжелая форма гестоза, характеризующаяся острым отёком мозга, высокой внутричерепной гипертензией, срывом ауторегуляции и нарушением мозгового кровообращения, ишемическими и геморрагическими повреждениями структур мозга.

|  |  |
| --- | --- |
| Код по МКБ-10 | Нозологическая форма |
| О14 | Вызванная беременностью гипертензия со значительной  протеинурией |
| O15 | Эклампсия |

**КЛАССИФИКАЦИЯ:**

Формы гестоза:

* преэклампсия;
* эклампсия.

**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**Диагностика:**

Выявить признаки, патогномоничные для гестоза:

* Срок беременности, состоит ли на учёте, проверить карту беременной.
* Патологическая прибавка массы тела (более 400 г в 1 нед.).
* Неравномерная прибавка массы тела со снижением в ответ на приём диуретиков и последующим быстрым повышением.
* Нарастание отёков.
* Изменения в анализах мочи (протеинурия).
* Уменьшение суточного диуреза.
* Появление зуда кожных покровов, желтушного окрашивания склер.
* Повышение АД.
* Стрессовые ситуации дома, в семье, на работе.
* Появление головных болей, головокружения.
* Нарушения зрения (туман перед глазами, мелькание «мушек»).
* Заторможенность, вялость, бессонница.

Обратить внимание на:

* общее состояние беременной;
* состояние кожных покровов;
* зрачковые и сухожильные рефлексы;
* степень нарушения сознания больной;
* видимые отёки нижних конечностей, одутловатость лица;
* превышение АД по сравнению с исходным (до беременности) на 20–
* 25 мм рт.ст.;
* частоту пульса, дыхания и сердцебиения.
* измерение АД на периферических артериях (на обоих руках – имеет значение асимметрия показателей).

Преэклампсия.

Характерны различные комбинации следующих симптомов:

* головная боль, чаще в затылочной и височной областях;
* расстройство зрения, пелена или мелькание «мушек» перед глазами;
* боли в надчревной области и правом подреберье, часто сочетающиеся с головными болями;
* тошнота, рвота;
* «судорожная готовность» — гиперрефлексия;
* психическое возбуждение или, напротив, угнетенное состояние;
* повышение АД до критического уровня 170/110 мм рт.ст. и выше;
* олигурия — диурез 600 мл и ниже;
* низкий часовой диурез — менее 60 мл/час;
* генерализованные отёки;
* кожный геморрагический синдром в виде петехий.

Эклампсия.

Если период преэклампсии по каким-либо причинам пропущен или терапия была неадекватной, развивается эклампсия. Эклампсия — острый отёк мозга, высокая внутричерепная гипертензия, срыв ауторегуляции и нарушение мозгового кровообращения, ишемические и геморрагические повреждения структур мозга.

Клиническая картина эклампсии складывается из четырёх периодов:

1. Предсудорожный период — длительность 20–30 сек. Отмечают мелкие подергивания мышц лица, верхних конечностей, появляется фиксированный в одну сторону застывший взгляд.

2. Период тонических судорог — длительность 20–30 сек. Вслед за подергиванием верхних конечностей голова запрокидывается, тело вытягивается, напрягается, позвоночник изгибается, лицо бледнеет, челюсти плотно сжимаются, зрачки расширяются и уходят под верхнее веко, вследствие чего остаются видимыми только глазные яблоки, дыхание прекращается, язык оказывается прикушенным, пульс трудно прощупывается, сознание отсутствует.

3. Период клонических судорог: клонические судороги, так же как и тонические, распространяются по направлению книзу, дыхания нет, пульс не ощутим, лицо багрово-синее, вены напряжены.

4. Период разрешения припадка — происходит глубокий прерывистый вдох, изо рта появляется пена (иногда с примесью крови), дыхание становится регулярным, исчезает цианоз, женщина приходит в сознание, но сознание сумеречное, выражена амнезия. Продолжительность припадка 1,5–2 мин.

Эклампсия крайне опасна даже при наличии одного припадка, так как в момент приступа может произойти кровоизлияние в жизненно важные центры мозга (прорыв крови в желудочки мозга).

Клинические формы эклампсии:

* отдельные припадки;
* серия судорожных припадков (статус экламптикус);
* бессудорожная (самая тяжёлая).

Экламптическая кома и постэкламптическая кома — результат тяжёлого гипоксического и метаболического повреждения мозга, проявляющегося ишемическим или геморрагическим инсультом, острым отёком мозга (который не удалось купировать) или диффузным сосудистым нарушением функций полушарий мозга, ствола или ретикулярной формации. В результате потери регулирующей функции мозга развиваются тяжелейшие дисфункции органов и систем, нарушается гемостаз. Иногда кома переходит в сопор. На фоне глубокого торможения психической активности могут иметь место отдельные элементы сознания и ответ на простейшие речевые команды или болевые раздражения.

Неблагоприятные прогностические признаки:

* гипертермия;
* расстройство дыхания;
* снижение АД;
* анурия.

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:**

Оказание скорой медицинской помощи беременным с гестозом тяжёлой степени необходимо начинать как можно раньше на догоспитальном этапе оказания скорой медицинской помощи.

* Для фельдшерской бригады скорой медицинской помощи – вызов специализированной бригады скорой медицинской помощи.
* Катетеризация периферической и подключичной вен.
* Катетеризация мочевого пузыря.
* Пульсоксиметрия.
* Нейролептаналгезия.

С этой целью следует начать внутривенное или внутримышечное введение 2 мл 0,5% р-ра диазепама и 1 мл 2,5% р-ра прометазина (или 2 мл 1% р-ра дифенгидрамина); в/м или в/в 2 мл 0,25% р-ра дроперидола (под контролем АД!). Нейролептаналгезию можно усилить введением 1 мл 2% р-ра тримеперидина или 1 мл 0,005% р-ра фентанила.

Внутримышечно вводят 3–4 мл 1% р-ра бендазола и 2–4 мл 2% р-ра папаверина (В, 2+).

Необходимо начать введение 25% р-ра магния сульфата по одной из ниже приводимых схем. Магния сульфат оказывает успокаивающее действие на ЦНС и уменьшает судорожную готовность; оказывает гипотензивное и диуретическое действие.

По схеме Бровкина: в/м 24 мл, что соответствует 6 г сухого вещества 25% р-ра магния сульфата, 4 раза через 4 часа. Препарат вводят вместе с 5 мл 0,5% р-р лидокаина в верхненаружный квадрант ягодицы длинной иглой обязательно на фоне предварительной нейролептаналгезии (диазепам, дроперидол, дифенгидрамин), так как боль может спровоцировать приступы эклампсии (В, 2+).

Первую инъекцию 25% р-ра магния сульфата можно сделать в/в в количестве 10–12 мл на 200 мл изотонического раствора натрия хлорида, а последующие инъекции — в/м; скорость в/в введения препарата 16–18–30 капель в минуту.

В качестве гипотензивных средств при оказании скорой медицинской помощи женщинам с гестозами могут быть использованы следующие препараты: под язык гидралазин по 0,01г или пропранолол по 0,01 г, или клонидин в таблетках по 0,000075 г или 0,00015 г. При АД 160/100 мм рт.ст. и выше клонидин может быть использован п/к, в/м или в/в в дозе 0,5–1 мл 0,01% р-ра, для внутривенного введения раствор клонидина разводят в 10–20 мл изотонического раствора натрия хлорида (В, 2+).

С целью профилактики гипоксии внутриутробного плода вводят 3 мл 5% р-ра аскорбиновой кислоты и 5 мл 5% р-ра унитиола в 20 мл 40% р-ра декстрозы.

Обязательным компонентом лечения тяжёлых форм гестоза является инфузионная терапия. С этой целью в/в капельно целесообразно введение: мафусола 400 мл; при его отсутствии — трисоля или дисоляв количестве 200–250 мл. Объём инфузионной терапии при гестозе тяжёлой степени, преэклампсии и эклампсии не должен превышать 600–800 мл (при сохранённом диурезе!).

Для улучшения реологических свойств крови в/в капельно вводят декстраны — 400 мл реополиглюкин, реоглюман или рондек.

При выраженной тахикардии применяют сердечные гликозиды: 0,5–1 мл 0,05% р-растрофантина-К или 0,5–1 мл 0,06% р-ра ландыша гликозида в/в в 10 мл изотонического раствора натрия хлорида.

В конце инфузии в/в струйно вводят 10 мл 2,4% р-ра аминофиллина.

При отсутствии эффекта от проводимой терапии у беременных с гестозом тяжёлой степени применяют диуретические препараты. На фоне инфузионной терапии вводят фуросемид в дозе 20–40–60–80 мг в зависимости от нарушений водно-солевого обмена и симптомов отёка мозга.

Лечение гестоза проводят на фоне обязательной ингаляции кислородно-воздушной смеси.

Лечение при эклампсии состоит в следующем:

При возникновении экламптического приступа беременную, утратившую сознание, необходимо уложить на бок (желательно правый), запрокинуть голову назад для предотвращения западения языка, ввести резиновые или пластмассовые воздуховоды, удалить изо рта пену (иногда с примесью крови), произвести ингаляцию кислорода и воздуха через маску. Оксигенацию при дыхательной недостаточности у беременных с тяжёлыми формами гестозов следует проводить с осторожностью. При выраженной острой дыхательной недостаточности необходима интубация, отсасывание секрета из трахеи и бронхов, ИВЛ в режиме гипервентиляции (при СО2 — 20–22 мм рт.ст.). Для проведения ИВЛ необходимо вызвать специализированную бригаду скорой медицинской помощи.

После окончания приступа обследование беременной следует проводить только в условиях нейролептаналгезии. Если нейролептаналгезия не была проведена до начала эклампсии, после припадка следует ввести 2 мл 0,5% р-ра диазепама; 2–4 мл 0,25% р-ра дроперидола, 2 мл 2,5% р-ра прометазина (или 2 мл 1% р-ра дифенгидрамина), 1 мл 2% тримеперидина в/в или в/м; дать наркоз закисью азота с кислородом.

Нейролептаналгезия ослабляет судорожную форму гестоза и предупреждает развитие следующего приступа.

Необходимо выяснить акушерскую ситуацию: общее состояние больной (частота пульса, дыхание, цифры АД на одной и второй руке, наличие отёков, степень их выраженности, срок беременности, наличие (отсутствие) схваток, форму матки, наличие локальной болезненности при пальпации матки, наличие шевеления и сердцебиения плода, наличие кровянистых выделений из половых путей.

После купирования приступа судорог необходимо начать лечение гестоза (магния сульфат, реополиглюкин).

Введение магния сульфата сочетают с введением препаратов, уменьшающих вазоконстрикцию сосудов: бендазол 1% — 3–6 мл и папаверин 2% — 2–4 мл, дротаверин 2% — 2 л.

Одновременно больной проводят инфузионную терапию: мафусол 400–450 мл в/в капельно или 500 мл любого полиионного раствора: лактосоль или трисоль, или лактосоль 250 мл, или трометамол 500 мл, или 500 мл 5% р-ра декстрозы под контролем диуреза, так как при тяжёлых гестозах развивается острая почечная недостаточность.

Для улучшения реологических свойств крови ввести 400 мл реополиглюкина.

Если на фоне введения спазмолитических средств, магния сульфата, инфузионной терапии у беременной (роженицы) сохраняются высокие цифры артериального давления, вводят 10 мл 2,4% р-ра аминофиллина в 10 мл изотонического раствора натрия хлорида.

Из других гипотензивных средств можно ввести п/к, в/м или в/в клонидин 0,01% 0,5–1,0 мл. Препарат вводят под контролем АД, в первые минуты введения возможно кратковременное повышение АД! При введении совместно с нейролептиками клонидин усиливает их седативное действие.

Для снижения АД у беременных (рожениц) целесообразно использование препаратов для управляемой артериальной гипотензии: 5% азаметония бромид — 0,5–1 мл в/м или в/в в 20 мл изотонического раствора натрия хлорида или 5% р-ра декстрозы.

У некоторых больных с эклампсией развивается острая дыхательная недостаточность. Лечебные мероприятия при острой дыхательной недостаточности направлены на:

* восстановление и обеспечение проходимости дыхательных путей, при необходимости — их дренирование;
* улучшение альвеолярной вентиляции и лёгочного газообмена;
* улучшение гемодинамики, борьбу с сердечно-сосудистой недостаточностью.

У больных с эклампсией может развиться острая сердечная недостаточность. Для борьбы с ней вводят сердечные гликозиды: 0,25–0,5–1 мл 0,05 раствора строфантина-К или 0,5–1мл 0,06% р-ра ландыша гликозида.

**Что нельзя делать:**

Попытка быстрой транспортировки больной с судорожной формой гестоза без предварительной нейролепсии или нейролептаналгезии и предварительного лечения гестоза только усугубляет состояние больной и исход заболевания.

**Дальнейшее ведение пациента:**

* Во всех случаях гестоза обязательна незамедлительная госпитализация беременной в акушерский стационар: при нетяжёлом течении заболевания -в отделение патологии беременных, при тяжёлом - в акушерское реанимационное отделение.
* В случае транспортировки беременной с преэклампсией или эклампсией целесообразно сообщить в соответствующий стационар.
* Предпочтительна медицинская эвакуация силами специализированной бригадой скорой медицинской помощи.
* Транспортировка на носилках.

**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (СтОСМП)**

После доставки в стационар пациентка сразу направляется в специализированное отделение, минуя (СтОСМП).

**Приложение**

**Сила рекомендаций (А-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).**

**Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)**

|  |  |
| --- | --- |
| Уровни доказательств | Описание |
| 1++ | Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок |
| 1+ | Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок |
| 1- | Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок |
| 2++ | Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2+ | Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2- | Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 3 | Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев) |
| 4 | Мнения экспертов |

**Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)**

|  |  |
| --- | --- |
| Сила | Описание |
| А | По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов |
| В | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+ |
| С | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++ |
| D | Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+ |