Приложение № 1

к Приказу Министерства здравоохранения

Забайкальского края от 26 мая 2017 г. № 256

**КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА**

**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).

**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 Куленкампффа (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 |

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 (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!).
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. Медицинская эвакуация в стационар осуществляется на каталке.

**Что нельзя делать:**

* Не вводить аналгетики 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.