Приложение № 3

к Приказу Министерства здравоохранения

Забайкальского края от 26 мая 2017 г. № 256

**КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ (ЭКТОПИЧЕСКОЙ) БЕРЕМЕННОСТИ**

**Авторы-составители:**

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

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

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

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

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

**Классификация по МКБ-10**

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

На догоспитальном этапе целесообразно классифицировать внематочную беременность по клиническому течению:

**По течению:**

* Прогрессирующая ВБ.
* Нарушенная ВБ.

**По наличию осложнений:**

* Осложненная ВБ.
* Неосложненная ВБ.

**Следует помнить о факторах риска внематочной беременности**

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

**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**Диагностика**

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

**Критерии, на основании которых врачу следует заподозрить внематочную беременность**:

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

**1. Прогрессирующая ЭБ:**

* Нарушение менструальной функции (часто – задержка и нетипичный характер последней менструации), другие вероятные признаки беременности: нагрубание молочных желез; тошнота, вкусовые изменения.
* Тянущие боли без четкой локализации, чаще односторонние.
* Тест на беременность положительный (сомнительный), уровень ХГЧ несколько ниже, чем при маточной беременности этого срока (β-ХГЧ более 2000 ЕД/л при УЗИ в матке беременности нет).
* При влагалищном исследовании (только для специализированной бригады скорой медицинской помощи) – отсутствие ранних признаков маточной беременности: асимметрии и/или размягчения матки и ее перешейка (симптомы Пискачека, Гентера).
* Размеры матки не соответствуют срокам гестации.
* В области придатков пальпируется болезненное образование тестообразной консистенции.
* Внимание! При подозрении на шеечную беременность бимануальное и ректальное исследования на догоспитальном этапе не проводить!

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

* Общие признаки кровопотери – снижение давления, частый пульс, слабость, головокружение, бледность кожных покровов, тошнота, иногда, жидкий стул – возникают при дефиците ОЦК, как правило, более 15%.
* Вздутие, боли в животе без четкой локализации с иррадиацией в задний проход, внутреннюю поверхность бедра.
* Симптомы раздражения брюшины (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.

**Маршрутизация**

1. Все пациентки с диагнозом «подозрение на ВБ» должны быть госпитализированы бригадой скорой помощи. Не допускается самостоятельная транспортировка.
2. Пациентки с диагнозом ВБ госпитализируются в гинекологическое отделение бригадой скорой помощи. При наличии геморрагического шока бригада СМП должна заранее оповестить стационар, куда эвакуируется больная.
3. При тяжелом состоянии больной, обусловленном геморрагическим шоком, пациентка должна быть госпитализирована в ближайшее хирургическое отделение.
4. Любая форма прогрессирующей внетубарной ВБ должна быть госпитализирована в стационар 3-ей группы бригадой скорой помощи.
5. При подозрении на ВБ шеечной локализации на доклиническом этапе гинекологическое исследование не производить из-за опасности усиления кровотечения.

**Лечение:**

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

**2. Алгоритм действий при нарушенной ВБ**

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

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

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

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

**На догоспитальном этапе необходимо выполнить:**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Показатель** | **Степени тяжести кровопотери** | | | |
| **I** | **II** | **III** | **IV** |
| Потеря крови, мл | <750 | 750–1500 | 1500–2000 | >2000 |
| Пульс, уд в мин | <100 | ≥100 | >120 | >140 |
| Артериальное 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. При нарушенной шеечной беременности с обильным кровотечением брюшную аорту придавить кулаком к позвоночнику слева от пупка.
7. Медицинская эвакуация в стационар осуществляется на каталке.

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

**Что нельзя делать:**

* Нельзя вводить преднизолон.
* При подозрении на шеечную беременность не проводить влагалищное и ректальное исследование на догоспитальном этапе (усиление кровотечения!).

**Дальнейшее ведение пациента:**

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