Приложение № 5

к Приказу Министерства здравоохранения

Забайкальского края от 26 мая 2017 г. № 256

**КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМАХ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

**Авторы-составители:**

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

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

**Определение**

Травматические повреждения половых путей могут возникать при дефлорации (особенно у детей и подростков), при половом акте (может быть и у рожавших женщин), при изнасиловании, при несчастных случаях – вследствие падения на острые и колющие предметы, ДТП, ранениях во время введения во влагалище инородных тел с целью мастурбации или прерывания беременности во время криминального аборта. Особенностями травмы женских половых органов являются:

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

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

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

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

**Классификация по МКБ-10**

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

**Классификация по причине:**

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

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

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

**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

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

* Определить вид и характер повреждения с учетом возможности внутрибрюшного кровотечения. Необходимо помнить о том, что женщина может скрыть факт травмы, в частности при изнасиловании, а особенно при криминальном аборте.
* Оценить цвет кожных покровов, исследовать пульс, измерить артериальное давление, определить степень гемодинамических нарушений.
* После оценки общего состояния пациентки, определить характер повреждений, наличие пятен крови, спермы, особенно на нижнем белье; имеется ли алкогольное (наркотическое) опьянение. При осмотре необходимо обращать внимание на соседние органы (уретру, анус) поскольку не исключается их сочетанная травма. Осмотр необходимо проводить комплексно с целью выявления возможных травм грудной клетки, головы и т.д.
* Уточнить наличие возможной беременности!
* При изнасиловании (или подозрении) о случившемся немедленно извещают правоохранительные органы.

**Лечение:**

* Успокоить пациентку, при необходимости ввести седативные средства (диазепам 5-10 мг в/в).
* При кровотечении из раневых участков на наружных половых органах показано наложение давящей Т-образной асептической повязки.

**Лечение:**

* Не есть, не пить (возможность оперативного лечения!).
* Введение противостолбнячной сыворотки.
* На догоспитальном этапе у пациентки с обильным кровотечением и/или геморрагическим/травматическим шоком основным мероприятием является медицинская эвакуация в стационар.
* При сочетанных травмах половых органов с одновременным повреждением других органов, систем и областей тела (брюшной полости, таза, мочевыделительной системы) – госпитализация в многопрофильный стационар.

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

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

**На догоспитальном этапе необходимо выполнить:**

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

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

1. При наличии обильного кровотечения помимо локального гемостаза внутривенно ввести 1 г транексамовой кислоты**.**
2. Оценить тяжесть кровопотери: цвет и температура кожного покрова, нарушения микроциркуляции, слизистых, АД, ЧСС, диурез, сознание.
3. Катетеризация периферической вены и начало инфузионной терапии: кристаллоиды 500-1000 мл.
4. 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.
5. При исходной артериальной гипотонии (АДсист менее 90 мм рт.ст.) не следует стремиться повысить АД выше 100 мм рт.ст. до хирургической остановки кровотечения (опасность усиления кровотечения). В случае длительной транспортировки пациентки с тяжелым геморрагическим шоком и неэффективности инфузионной терапии (нет подъема АД) допустимо использование вазопрессоров (норадреналина!).
6. Необходимо обеспечить ингаляцию кислорода, при декомпенсированной дыхательной недостаточности – ИВЛ.
7. Медицинская эвакуация в стационар осуществляется на каталке.

**Что нельзя делать:**

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

**Дальнейшее ведение пациента:**

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