Приложение № 6

к Приказу Министерства здравоохранения

Забайкальского края от 26 мая 2017 г. № 256

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

**Автор-составитель:**

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

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

**Определение**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Код по МКБ-10** | **Нозологическая форма** |
| О 03.2 | Неполный выкидыш, осложнившийся эмболией |
| О 03.3 | Неполный выкидыш, с другими и неуточненными осложнениями |
| О 03.4 | Неполный выкидыш без осложнений |
| О 03.5 | Полный или неуточненный выкидыш, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов |
| О 03.6 | Полный или неуточненный выкидыш, осложнившийся длительным или чрезмерным кровотечением |
| О 03.7 | Полный или неуточненный выкидыш, осложнившийся эмболией с состояниями, классифицированными в подрубрике O08.2 |
| О 03.8 | Полный или неуточненный выкидыш с другими или неуточненными осложнениями |
| О 03.9 | Полный или неуточненный выкидыш без осложнений |
| О 20.0 | Угрожающий выкидыш |
| О 20.8 | Другие кровотечения в ранние сроки беременности |
| О 20.9 | Кровотечение в ранние сроки беременности неуточненное |

**Современная терминология, рекомендуемая для использования**

(клинические рекомендации, утв МЗ РФ 7.06.2016)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Рекомендуемый термин** | **Ранее используемый термин** | **Определение** |
| Самопроизвольный выкидыш | Самопроизвольный аборт | Потери беременности, происходящие до 22 недель с весом плода менее 500 г |
| Угрожающий выкидыш | Угроза прерывания беременности | Кровянистые выделения из матки до 22 недель беременности |
| Выкидыш в ходу | Аборт в ходу | Выкидыш неизбежен, продукт зачатия находится в процессе  изгнания из матки |
| Неполный выкидыш | Неполный аборт | Часть продуктов зачатия осталась в полости матки |
| Полный выкидыш | Полный аборт | Выкидыш произошёл полностью, нет необходимости в медицинском или хирургическом вмешательстве |
| Неразвивающаяся беременность | Замершая беременность | УЗИ подтвердило нежизнеспособность беременности, кровотечения нет |
| Инфицированный (септический) выкидыш | Септический аборт | Выкидыш, осложненный инфекцией органов малого таза |
| Привычный выкидыш | Привычное невынашивание беременности | 3 или более выкидышей подряд у одной и той же женщины |

**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**Диагностика:**

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

**КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ РАННИХ ПОТЕРЬ БЕРЕМЕННОСТИ (оценивают специалисты специализированной бригады)**

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

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

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

***Неполный выкидыш*** – беременность прервалась, но в полости матки имеются задержавшиеся элементы плодного яйца. Отсутствие полноценного сокращения матки и смыкания ее полости приводит к продолжающемуся кровотечению, что в некоторых случаях может вести к большой кровопотере и гиповолемическому шоку. Чаще встречается после 12 нед беременности, в случае, когда выкидыш начинается с излития околоплодных вод. При бимануальном исследовании матка меньше предполагаемого срока беременности, кровяные выделения из цервикального канала обильные.

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

**Лечение:**

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

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

***При обильном кровотечении***

1. Катетеризация периферической вены и начало инфузионной терапии: кристаллоиды 500-1000 мл.
2. Если применения кристаллоидов недостаточно для лечения гиповолемии при острой кровопотере, вводят препараты гидроксиэтилированного крахмала в дозе не более 30 мл/кг (инструкция к препарату от 10.01.2017 г). Введение препаратов ГЭК так же показано при агональном состоянии на фоне острой массивной кровопотери.
3. При исходной артериальной гипотонии (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 прерывании беременности с обильным кровотечением брюшную аорту придавить кулаком к позвоночнику слева от пупка.
7. Медицинская эвакуация в стационар осуществляется на каталке.

**Что нельзя делать:**

* При признаках шока не повышать САД>100.

**Дальнейшее ведение пациента (показания к эвакуации в стационар):**

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