**Текст лекции по теме занятия№24 Дифференциальная диагностика и оказание неотложной медицинской помощи при синдроме кровотечения в акушерстве и гинекологии**

Изучаемые вопросы:

Введение

1. Этиология, патогенез, особенности диагностики, дифференциальной диагностики, принципы оказания неотложной медицинской помощи, алгоритм действия фельдшера, принципы фармакотерапии при неотложных состояниях на догоспитальном этапе при кровотечениях во время беременности.

2. Этиология, патогенез, особенности диагностики, дифференциальной диагностики, принципы оказания неотложной медицинской помощи, алгоритм действия фельдшера, принципы фармакотерапии при неотложных состояниях на догоспитальном этапе при кровотечениях в родах.

3. Этиология, патогенез, особенности диагностики, дифференциальной диагностики, принципы оказания неотложной медицинской помощи, алгоритм действия фельдшера, принципы фармакотерапии при неотложных состояниях на догоспитальном этапе при кровотечениях в послеродовом периоде.

4. Этиология, патогенез, особенности диагностики, дифференциальной диагностики, принципы оказания неотложной медицинской помощи, алгоритм действия фельдшера, принципы фармакотерапии при неотложных состояниях на догоспитальном этапе при наружном и внутреннем кровотечении в гинекологии.

5. Правила, принципы и виды транспортировки пациентов в медицинскую организацию при наличии медицинских показаний для госпитализации.

6. Правила заполнения медицинской документации Форма 110/у; 114/у.

**Введение**

Синдром кровотечения в акушерстве и гинекологии сопровождает угрожающие жизни состояния. Кровотечения всегда были и, по всей видимости, будут оставаться одной из основных проблем для практического акушерства. В структуре материнской смертности акушерские кровотечения занимают ведущее место в большинстве стран мира

Частота акушерских кровотечений с кровопотерей до 1000 мл составляет от 2 до 8 % по отношению к общему числу родов. Эти кровотечения связаны с гипотонией матки в последовом и в послеродовом периодах, травмой мягких родовых путей, предлежанием плаценты.

1. Этиология, патогенез, особенности диагностики, дифференциальной диагностики, принципы оказания неотложной медицинской помощи, алгоритм действия фельдшера, принципы фармакотерапии при неотложных состояниях на догоспитальном этапе при кровотечениях во время беременности.

*Акушерские кровотечения* — кровотечения, возникающие во время беременности, в родах, в последовом и раннем послеродовом периоде.

Особенностями акушерских кровотечений являются: массивность и внезапность их появления; как правило, при акушерских кровотечениях страдает плод, что диктует необходимость срочного родоразрешения и не позволяет дождаться стойкой стабилизации гемодинамических показателей и проведения инфузионно-трансфузионной терапии в полном объеме; кровопотеря нередко сочетается с резко выраженным болевым синдромом;

особенности патофизиологических изменений в организме беременных женщин приводят к быстрому истощению компенсаторно-защитных механизмов, особенно у беременных с осложненным течением родов, поздним гестозом; для акушерских кровотечений характерны острый дефицит объема циркулирующей крови (ОЦК), нарушения сердечной деятельности, анемическая и циркуляторная формы гипоксии; нередко возникает опасность развития развернутой картины синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС) и массивного кровотечения.

*Основные причины* нарушения гемодинамики при акушерских кровотечениях — дефицит ОЦК и несоответствие между ним и емкостью сосудистого русла. Возникающая при этом тканевая гипоксия приводит к нарушению окислительно-восстановительных процессов с преимущественным поражением ЦНС, почек, печени, надпочечников и других систем организма. Происходит нарушение водно-электролитного баланса, кислотно-щелочного равновесия (КЩР), гормональных соотношений, ферментных процессов.

*Возможными причинами* кровотечения в акушерской практике являются: прерывание беременности всех сроков, предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, разрыв матки.

Наследственные или приобретенные дефекты системы гемостаза могут явиться причиной кровотечения как во время беременности, так и в родах или в послеродовом периоде.

Среди причин маточных кровотечений, связанных с беременностью, одно из первых мест занимает самопроизвольный аборт — *прерывание беременности в первые 22 нед.*

Среди анатомических факторов возникновения кровотечения следует выделить инфантилизм, нарушение развития матки, истмико-цервикальную недостаточность, травматические повреждения матки при искусственном аборте или родах, опухоли.

К функциональным факторам относятся инфекционные заболевания, перенесенные в детстве, искусственные аборты, воспалительные заболевания половых органов, нарушение функционального состояния желез внутренней секреции, патологические роды в анамнезе, различные фрустрирующие ситуации, экстрагенитальная патология.

Помимо этого, причинами могут стать нарушения системы мать–плацента–плод и хромосомные нарушения.

**Особенностями неотложного состояния при самопроизвольном аборте являются:** боли в нижних отделах живота;кровянистые выделения, которые могут принимать характер кровотечения;повышение тонуса матки;наличие структурных изменений в шейке матки, в результате чего происходит раскрытие маточного зева и изгнание плодного яйца (целиком или частично).

Лечебно-тактические мероприятия при самопроизвольном аборте на догоспитальном этапе:

1.Оценка общего состояния беременной, степени анемизации, геморрагического шока по индексу Алговера (шоковый индекс) и кровопотери.

2.Выяснение срока беременности и акушерской ситуации.

3.Экстренная доставка беременной с самопроизвольным абортом в гинекологическое отделение (доставка больных в стационар производится в горизонтальном положении).

4.Неотложная помощь беременным с выкидышем и значительной кровопотерей на догоспитальном этапе сводится к лечению геморрагического шока. Для лечения гиповолемического шока необходимо ввести: полиоксидин 400 мл, или волекам 400 мл, или полиглюкин 400 мл; затем 400 мл реополиглюкина и 400 мл желатиноля. Скорость внутривенного введения растворов — вначале 20 мл/мин, затем — дробно по 100–150 мл под контролем состояния легких и величины АД. Одновременно проводят и другие мероприятия по борьбе с геморрагическим шоком. Инфузионная терапия осуществляется до момента поступления в стационар. При наличии полного аборта вводят сокращающие матку средства: 1 мл окситоцина внутривенно струйно с 10 мл изотонического раствора хлористого натрия или 1 мл метилэргометрина (метилэргобревин) внутривенно струйно.

**Беременность и роды, осложненные кровотечением при предлежании плаценты**

*Предлежание плаценты* — патология плаценты, при которой плацента частично или полностью перекрывает область внутреннего зева, т. е. оказывается на пути прохождения ребенка.

Предрасполагающие факторы: рубец на матке; осложненный акушерско-гинекологический анамнез; миома матки.

*Ведущий и единственный симптом*: повторяющиеся маточные кровотечения во второй половине беременности. Кровотечению, как правило, предшествуют неоднократные кровянистые выделения из половых путей, усиливающиеся по мере увеличения срока беременности. Обильное кровотечение начинается внезапно, наличие болей не характерно. Кровотечение за короткий промежуток времени угрожает стать массивным — 1000–2000 мл. У беременной (роженицы) быстро нарастают симптомы геморрагического шока, так как устойчивость организма беременной к кровопотере резко снижена из-за предшествующих кровопотерь и нередко развивающейся постгеморрагической гипохромной анемии (гемоглобин меньше 100 г/л).

*Дифференциальная диагностика*: шеечная беременность; преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты; разрыв матки; заболевания крови; разрыв варикозно расширенных вен влагалища.

*Лечебно-тактические мероприятия на догоспитальном этапе:*

1.Определение степени тяжести общего состояния больной (частота пульса, дыхания, АД, шоковый индекс Алговера, окраска кожных покровов).

2.Выяснение акушерской ситуации (срок беременности, наличие или отсутствие регулярной родовой деятельности).

3.Выявление изменения формы матки, определение ее тонуса, болезненности, характера предлежащей части с помощью осторожного наружного обследования.

Оценка состояния плода (шевеление, сердцебиение).

4.Оценка степени и характера кровотечения из родовых путей. В родах при доношенной беременности кровопотеря 350–400 мл считается предельно допустимой (пограничной), так как она может быть компенсирована за счет адаптационных возможностей организма женщины; кровопотеря более 0,5% от веса беременной или роженицы считается патологической и требует проведения лечебных мероприятий.

При незначительных кровянистых выделениях на догоспитальном этапе лечения не требуется. При обильных кровянистых выделениях необходимо немедленно начинать инфузионную терапию, направленную на восполнение ОЦК и стабилизацию состояния женщины. Высокая молекулярная масса, длительная циркуляция в крови декстранов делают их предпочтительными при массивной кровопотере: полиглюкин 400 мл внутривенно, желатиноль 400 мл внутривенно; возможно применение производных этих препаратов. Более эффективно применение растворов крахмала (инфукол ГЭК, рефортан ГЭК, стабизол ГЭК, HAES). Препарат рефортан ГЭК — гидроксиэтилкрахмал для внутривенных вливаний в количестве 500 мл 6% раствора длительно циркулирует в сосудистом русле, имеет исключительно внутрисосудистое распределение, улучшает реологические свойства крови и микроциркуляцию, наименее опасен в смысле коагулопатий.

Для уменьшения сократительной активности матки показано внутримышечное введение спазмолитиков (дротаверин, но-шпа, спазоверин, спаковин): 10 мл 25% раствора магния сульфата, 2 мл 2% раствора папаверина.

С целью профилактики внутриутробной гипоксии плода рекомендуется 20 мл 40% глюкозы и 2–3 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты внутривенно, ингаляция воздушно-кислородной смеси 40–60%.

Гемостатическая терапия — дицинон или амбен 2–4 мл внутривенно.

*Транспортировка* больной должна осуществляться в горизонтальном положении, при доношенном сроке беременности — с приподнятой головной частью туловища для уменьшения дыхательной недостаточности.

Беременная (роженица) с предлежанием плаценты должна быть доставлена в акушерский стационар, располагающий реанимационным и оперативным отделениями. Персонал акушерского стационара в обязательном порядке заблаговременно извещают о поступлении тяжелой больной. По прибытии в стационар больная должна быть передана непосредственно дежурному врачу.

**Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП)** — патология беременности, при которой происходит полная или частичная отслойка плаценты от стенок матки во время беременности или в первом, или втором периоде родов (т. е. до рождения ребенка).

*Предрасполагающие факторы*: поздний гестоз, артериальная гипертензия, заболевания почек, осложненный акушерско-гинекологический анамнез, миома матки, быстрое опорожнение матки при многоводии, многоплодии, крупном плоде; травмы живота.

*Клинические проявления*: сильные боли в нижних отделах живота в поздние сроки беременности или в родах; чувство напряжения матки; кровотечение — наружное (из родовых путей), внутреннее (в область ретроплацентарной гематомы до 500–1500 мл), комбинированное; слабость, головокружение, недомогание; бледность кожных покровов, тахикардия, артериальная гипотензия; значительное снижение или исчезновение движений плода.

Кровотечение при ПОНРП связано с двойным нарушением гемостаза за счет уменьшения сократительной способности матки, так как мышцы стенки пропитаны кровью, и за счет развития ДВС-синдрома.

Объем общей кровопотери при ПОНРП способен колебаться в пределах от 600 до 2500 мл, малый объем внешней кровопотери может не соответствовать тяжести состояния больной. При ПОНРП может развиться синдром полиорганной недостаточности, который выражается в эндогенной интоксикации организма, резкой гипоксии и развитии дисциркуляторных нарушений в легких, почках, плаценте, матке.

У плода быстро нарастают симптомы внутриутробной гипоксии. При отслойке плаценты на треть и более плод всегда погибает.

ПОНРП *дифференцируют* с предлежанием плаценты, разрывом матки и другими состояниями, сопровождающимися болью в животе (острый аппендицит). При предлежании плаценты отсутствуют болезненность и напряжение матки, доступны для пальпации части плода, обычно не нарушена его жизнедеятельность. При разрыве матки в анамнезе есть указания на осложненные аборты, роды, перенесенные операции на матке.

*Тактика* при ПОНРП:

1.Определение степени тяжести общего состояния больной (частота пульса, дыхания, АД, шоковый индекс Алговера, окраска кожных покровов). Следует отметить, что АД на фоне гестозов второй половины беременности может быть снижено до нормальных цифр, что маскирует истинный характер кровопотери.

2.Выяснение акушерской ситуации (срок беременности, наличие или отсутствие регулярной родовой деятельности, характер появления болей в матке, их локализация). Необходимо выявить изменения формы матки, определить ее тонус, болезненность, наличие симптомов раздражения брюшины, степень и характер кровотечения из родовых путей.

3.Оценка состояния плода (шевеление, сердцебиение).

4.Проведение на догоспитальном этапе беременной (роженице) с ПОНРП инфузионной терапии, направленной на поддержание функции жизненно важных органов и ЦНС (аналогичной терапии при предлежании плаценты).

5.Пациентку с ПОНРП необходимо немедленно госпитализировать в ближайший акушерский стационар.

1. Этиология, патогенез, особенности диагностики, дифференциальной диагностики, принципы оказания неотложной медицинской помощи, алгоритм действия фельдшера, принципы фармакотерапии при неотложных состояниях на догоспитальном этапе при кровотечениях в родах.

Причиной кровотечения в родах является предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, которые были рассмотрены выше, а также *разрыв матки.*

*Этиология и патогенез разрыва матки.*

1.Механическое препятствие рождению плода

Причиной разрыва матки может быть несоответствие головки плода и таза

матери (разгибательные положения плода, асинклитические вставления головки, гидроцефалия, крупный плод).

При полном разрыве матки и повреждении крупных сосудов начинается кровотечение в брюшную полость.

2.Наиболее частая причина разрыва матки — патологические изменения её стенки воспалительного или рубцового характера.

По *клинической картине* различают угрожающий, начавшийся и совершившийся разрыв матки.

Симптомы угрожающего разрыва матки:

• болезненные схватки, вызывающие беспокойство у роженицы, даже при объективно слабых сокращениях матки;

• появление непроизвольных безрезультатных потуг при высоко стоящей головке плода;

• наличие выпячивания или припухлости над лоном вследствие отёка околопузырной клетчатки, перерастяжение мочевого пузыря, затруднённое мочеиспускание.

Болезненность внизу живота, напряжение нижнего сегмента, наличие высоко

стоящего контракционного кольца, имеющего косое направление, облегчают диагноз угрожающего разрыва матки.

К симптомам угрожающего разрыва присоединяются новые, вызванные надрывом маточной стенки, захватывающим поверхностные её слои и не проникающимчерез всю толщу мышечного слоя:

• схватки становятся резко болезненными и принимают судорожный характер;

• из родовых путей появляются кровянистые выделения;

• припухлость над лоном увеличивается;

• в моче обнаруживается кровь;

• сердцебиение плода становится приглушённым;

• появляются активные движения плода;

• околоплодные воды окрашиваются меконием.

В этих условиях может произойти внезапная смерть плода.

Диагноз совершившегося разрыва матки обычно не вызывает затруднений.

Особенно легко диагностировать полный совершившийся разрыв матки, которому предшествовала типичная картина угрожающего разрыва. В момент разрыва роженица нередко ощущает сильную режущую боль. Родовая деятельность прекращается, роженица становится апатичной, появляются симптомы внутреннего кровотечения и раздражения брюшины: бледность кожных покровов, частый слабый пульс, холодный пот, тошнота, рвота, икота, болезненность при пальпации живота, симптом Щёткина–Блюмберга. После разрыва матки быстро появляется и нарастает метеоризм в результате атонии кишечника, возникает кровотечение из влагалища. Плод страдает вплоть до гибели особенно на фоне ослабления или прекращения схваток.

Симптомы совершившегося разрыва матки при морфологически изменённой

матке развиваются более постепенно и не так ярко выражены. В основном это

симптомы геморрагического шока и антенатальная гибель плода.

*Дифференциальная диагностика*

Если разрыв матки происходит во время беременности, возникает необходимость дифференциальной диагностики с внематочной беременностью, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, кишечной непроходимостью, почечной коликой, острым аппендицитом.

Неотложная помощь:

1. Снять родовую деятельность
2. Борьба с шоком
3. Инфузионно – трансвузионная терапия, гемостатическая терапия, кардиотоники.

Экстренная госпитализация в родильный дом 4 группы для оперативного лечения.

1. Этиология, патогенез, особенности диагностики, дифференциальной диагностики, принципы оказания неотложной медицинской помощи, алгоритм действия фельдшера, принципы фармакотерапии при неотложных состояниях на догоспитальном этапе при кровотечениях в послеродовом периоде.

**Кровотечения, обусловленные коагулопатией (ДВС), геморрагическим шоком**

*Причины:* массивная кровопотеря при гипо- и атонии матки, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, эмболия околоплодными водами, длительное (более 2 нед) пребывание мертвого плода в матке, гестоз, разрыв матки, кесарево сечение.

Геморрагический шок — клиническая категория для обозначения критических состояний, связанных с острой кровопотерей, в результате которой развивается кризис макро- и микроциркуляции, синдром полиорганной и полисистемной недостаточности. К развитию геморрагического шока приводят геморрагии, превышающие 1000 мл, т. е. кровопотеря более 20% ОЦК (компенсированная стадия); кровотечение считается массивным, если превышает 30–35% ОЦК — 1500 мл (декомпенсированная обратимая стадия); кровопотеря свыше 50% ОЦК — декомпенсированная необратимая стадия, подобное кровотечение угрожает жизни.

*Особенности геморрагического шока при акушерской патологии:*

Часто сопровождается развитием синдрома ДВС.

Нередко развивается на фоне предшествующей тяжелой формы гестоза.

При геморрагическом шоке, развившемся вследствие гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде, характерен кратковременный период неустойчивой компенсации, после которого быстро наступают необратимые изменения, характеризующиеся стойкими нарушениями гемодинамики, дыхательной недостаточностью и синдромом ДВС с профузным кровотечением, обусловленным потреблением факторов свертывания крови и резкой активацией фибринолиза.

*Ведущие симптомы:* нарастание объема кровопотери и тяжести геморрагического шока, неэффективность мероприятий, направленных на лечение гипо- и атонии матки, появление кровоподтеков в местах инъекций; кровь, вытекающая из родовых путей или в рану при операции кесарева сечения, образует рыхлые сгустки (в тяжелых случаях не свертывается); матка плотная, хорошо контурируется.

Неотложная терапия направлена на предотвращение или выведение из геморрагического шока. *Лечебно-тактические* *мероприятия* на догоспитальном этапе направлены на экстренную доставку беременных (рожениц) в акушерский стационар.

*Основные направления терапии:*

лечение необходимо начинать с восстановления системной гемодинамики путем введения растворов с высокой молекулярной массой — оксиэтилированного крахмала (6% и 10% HAES-steril) из расчета 10–20 мг/кг/ч, волекама от 500 до 1000 мл, растворов декстрана не более 400 мл.

Категорический отказ от введения гепарина.

Использование ингибиторов протеаз (апротекс, контрикал, гордокс) в дозе не менее 10 мг/кг/ч с целью подавления избыточного фибринолиза и предотвращения прогрессирования внутрисосудистого свертывания крови, антиагрегантного действия.

Стимуляция сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза (дицинон или этамзилат) 4 мл, 0,5 г активного вещества, внутривенно.

Использование транексамовой кислоты (трансамча, цикло-Ф) — антиплазминового препарата в дозе 500–750 мг на физиологическом растворе.

Учитывая развитие гипогликемии при массивной кровопотере, целесообразно включение в инфузионно-трансфузионную терапию растворов концентрированных углеводов (глюкоза 10–20%, 400 мл). Введение данных растворов способствует не только восстановлению энергетических ресурсов, но и потенцирует гемодинамический эффект.

При нестабильной гемодинамике и продолжающемся кровотечении показана глюкокортикоидная терапия — преднизолон не менее 10 мг/кг/ч или гидрокортизон не менее 100 мг/кг/сут.

Инфузионно-трансфузионная терапия проводится по индивидуальной программе для каждой больной с учетом особенностей геморрагического шока, характерного для акушерской патологии; сопутствующих заболеваний (сердца, почек и т. д.); наличия признаков гестоза.

При стойке утрате сосудистого тонуса на фоне восполнения кровопотери внутривенно медленно вводят допамин 1 мл в 150 мл изотонического раствора натрия хлорида, или 0,3 — 0,5 мл мезатона, или 0,3 — 0,5 мл 2% раствора норадреналина.

В острой фазе геморрагического шока можно использовать глюкокортикоиды: преднизолон 30–60 мг, дексазон — 408 мг, гидрокортизон 125–250 мг внутримышечно или внутривенно.

Периферическую вазоконстрикцию снимают введением 2 мл 2% раствора но-шпы.

Объем инфузионно-трансфузионной терапии зависит от объема кровопотери, длительности шока. При кровопотере в объеме 1 л объем переливаемых жидкостей должен быть больше потерянного объема крови в 1,5 раза; при кровопотере 1,5 литра — в 2 раза; при кровопотере 2 л — в 2,5 раза. 75% от потерянного объема должны быть восстановлены в первые 1–2 ч от начала кровотечения.

Перед началом инфузии необходимо провести катетеризацию мочевого пузыря и оценить цвет мочи, наличие добавочных примесей (крови), количество мочи до.

Транспортировку проводят в горизонтальном положении с опущенной головной частью, в пути проводят введение инфузионных растворов. Для уменьшения дыхательной недостаточности проводят ингаляцию кислорода через аппарат КИ-3М или АН-8М; пациентке может быть дан наркоз закисью азота с кислородом в соотношении 1:2, при необходимости — интубация и искусственная вентиляция легких. Транспортировку больных осуществляют под непрерывным наблюдением за АД, частотой пульса, дыхания. В помощь может быть вызвана реанимационно-хирургическая бригада. Обязательны ИВЛ и кислородно-воздушная ингаляция. Акушерский стационар должен быть заранее оповещен о прибытии тяжелобольной беременной или роженицы.

1. Этиология, патогенез, особенности диагностики, дифференциальной диагностики, принципы оказания неотложной медицинской помощи, алгоритм действия фельдшера, принципы фармакотерапии при неотложных состояниях на догоспитальном этапе при наружном и внутреннем кровотечении в гинекологии.

**Кровотечение при нарушенной внематочной (эктопической) беременности**

*Внематочная (эктопическая) беременность* — беременность, при которой оплодотворенная яйцеклетка развивается вне полости матки.

По клиническому течению — прогрессирующая и нарушенная в случае разрыва плодовместилища наружного (разрыв трубы, яичника) или внутреннего (трубный аборт).

Факторами риска развития эктопической беременности являются: перенесенные ранее аднексит, эндомиометрит, аборты; нарушение гормональной функции яичников; генитальный инфантилизм; эндометриоз; перенесенные операции на внутренних половых органах.

*Ведущий симптом* — мажущие кровянистые выделения из половых путей на фоне задержки менструации, боли внизу живота или признаки острого живота.

*Дифференциальная диагностика*: эктопическая беременность; полипы, новообразования, воспалительные процессы в шейке матки (причину выявляют при гинекологическом исследовании — осмотр при помощи зеркал); трофобластическая болезнь — диагноз уточняют при УЗИ (в полости матки разрастания, напоминающие гроздья винограда); дисменорея.

*Лечебно-тактические мероприятия при нарушенной внематочной беременности*:

оценка общего состояния больной и степени кровопотери;

уточнение гинекологического и акушерского анамнеза;

срочная госпитализация в гинекологическое отделение; транспортировку осуществляют в горизонтальном положении с опущенным головным концом. *При транспортировке* следует добиваться поддержания артериального давления на уровне 80–100 мм рт. ст. При массивной кровопотере госпитализация осуществляется реанимационно-хирургической бригадой.

*Неотложная терапия на догоспитальном этапе включает* инфузионную терапию: внутривенное введение 400 мл полиоксидина или 400 мл декстрана (декстрана, полиглюкина, реополидекса), внутривенно введение 500 мл 5% раствора глюкозы и 3 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты. Терапия глюкокортикоидами и ингаляция кислорода и воздуха через аппараты КИ-3М или «пневмокомп» (Мединтех-М) по показаниям.

1. Правила, принципы и виды транспортировки пациентов в медицинскую организацию при наличии медицинских показаний для госпитализации

Показания к экстренной госпитализации больных с острой гинекологической патологией:

1. Апоплексия яичника.

2. Внематочная беременность (прервавшаяся).

3.Острые воспалительные заболевания и кровотечения в послеродовом периоде.

4. Выкидыш (угрожающий, начавшийся, в ходу, неполный, полный, инфицированный, криминальный).

5. Маточное или влагалищное кровотечение.

Условия транспортировки в каждом случае рассмотрены выше.

1. Правила заполнения медицинской документации Форма 110/у; 114/у.

Учетная форма N 110/у "Карта вызова скорой медицинской помощи" заполняется на станциях (подстанциях, отделениях) скорой медицинской помощи выездными врачебными и фельдшерскими бригадами. Карта заполняется на каждый случай выезда бригады скорой медицинской помощи. Ведение Карты возможно в электронном виде. Карта вызова СМП имеет 3 назначения:

— медицинское (содержит медицинскую информацию о больном);

— юридическое (позволяет определить лицо, ответственное за выполненные или невыполненные действия в ходе лечения);

— экономическое (подтверждает финансовые затраты на лечебно-диагностические действия).

Все части грамотно оформленной карты вызова СМП (жалобы, анамнез, объективные данные и др.) должны быть логически связаны, должны подтверждать поставленный диагноз, соответствовать тактике и оказанной медицинской помощи. Все записи должны быть четкими, легко читаемыми, с

соответствующими подписями и их расшифровкой. Возможно использование только общепринятых сокращений. В карте вызова СМП не допускается замазывание текста штрихкорректором, заклеивание бумагой, стирание ластиком, многократное обведение цифр. Единственный правильный способ исправления — зачеркивание одной линией и написание нового текста. Небрежное заполнение карты вызова создает представление о недобросовестном отношении фельдшера к своим обязанностям. Полнота описания — это указание всех факторов, значительно влияющих на суждения фельдшера, диагноз, помощь, тактику и прогноз. Писать в карте надо только самое существенное и необходимое так, чтобы эксперт смог на основании написанного поставить тот же диагноз, что и фельдшер, смотревший и лечивший больного. Более подробно следует описывать жалобы, анамнез и объективные данные того заболевания, которое послужило поводом к вызову бригады СМП. Стремясь к полноте описания, необходимо использовать короткие фразы, избегать лишних слов и выражений. Структура вызова СМП примерно соответствует структуре истории болезни и содержит следующие разделы: паспортные данные, жалобы, анамнез заболевания, анамнез жизни, данные клинического обследования, клинический диагноз, неотложную помощь.

*Формулировка диагноза*

Клинический диагноз— официальное медицинское заключение, которое устанавливается на основании клинического исследования и является основанием для проведения лечебных мероприятий и госпитализации. Напомним, что жалобы, анамнез и данные объективного исследования должны являться подтверждением диагноза.

Требования к диагнозу: правильность, своевременность, обоснованность, полнота, логичность построения. После прочтения диагноза должна быть полностью ясна суть патологического состояния. Диагноз всегда формулируется согласно классификации, принятой для данной патологии. В карте вызова необходимо указать способ транспортировки, а в случае несоблюдения установленных правил указать их причины. При транспортировке тяжелобольного в стационар необходимо через оповестить приемное отделение с указанием диагноза, о чем в карте вызова сделать запись. В карте вызова необходимо указать время доставки больного в стационар и врачу какой специальности он передан (в сложных, конфликтных, криминальных случаях это нужно делать под роспись). В случае отказа больного от медицинского вмешательства и/или госпитализации отказ необходимо грамотно оформить. Согласно № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» существуют 2 требования к оформлению отказа от медицинского вмешательства:

— в доступной форме больному должны быть разъяснены все последствия отказа;

— отказ с указанием возможных последствий подписывается пациентом и медицинским работником.

Учетная форма N 114/у "Сопроводительный лист станции (отделения) скорой медицинской помощи и талон к нему" является документом персонального медицинского учета, предназначенным для обеспечения преемственности и последовательности в оказании медицинской помощи больным.

Форма N 114/у состоит из двух частей: Сопроводительный лист станции (отделения) скорой медицинской помощи (далее - Сопроводительный лист) и Талон к Сопроводительному листу (далее - Талон).

Сопроводительный лист заполняется в следующем порядке:

Сопроводительный лист в полном объеме заполняет фельдшер бригады скорой медицинской помощи при передаче больного в приемное отделение стационара.

Сопроводительный лист вклеивается в медицинскую карту стационарного больного.

В левом верхнем углу лицевой стороны Сопроводительного листа указывается: полное наименование медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь, ее адрес (почтовый индекс, наименования республики (края, области, автономного округа), населенного пункта, улицы, номер дома) и номер телефона.

Номер Сопроводительного листа соответствует номеру Карты вызова скорой медицинской помощи (учетная форма N 110/у, предусмотренная приложением N 3).