Текст лекции по теме занятия №25 Дифференциальная диагностика и оказание неотложной медицинской помощи при болевом синдроме в акушерстве и гинекологии

Изучаемые вопросы:

Введение

1.Особенности этиологии, патогенеза, диагностики и дифференциальной диагностики болевого синдрома во время беременности, в родах, в послеродовом периоде, в гинекологии.

2.Принципы оказания неотложной медицинской помощи, алгоритм действия фельдшера, принципы фармакотерапии при неотложных состояниях на догоспитальном этапе при болевом синдроме во время беременности, в родах, в послеродовом периоде, в гинекологии.

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

4.Правила заполнения медицинской документации (Форма 110/у; 114/у).

Введение

Болевой синдром во время беременности возникает при угрожающем или начавшемся самопроизвольном выкидыше, угрожающих прежедвременных родах, ПОНРП, угрожающем или начавшемся разрыве матки по рубцу.

Болевой синдром в родах возникает при физиологических и преждевременных родах, угрожающем и начавшемся разрыве матки, ПОНРП.

В послеродовом периоде болевой синдром возникает при послеродовом эндометрите, сальпингоофорите, параметрите.

1.Особенности этиологии, патогенеза, диагностики и дифференциальной диагностики болевого синдрома во время беременности, в родах, в послеродовом периоде, в гинекологии.

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

*Патогенез.*

1. При *угрожающем выкидыше* при усилении сократительной активности матки плодное яйцо сохраняет связь с маткой, повышается тонус матки, возникают боли. При *начавшемся выкидыше* происходит частичная отслойка плодного яйца, возникает гипертонус матки, боли усиливаются.

2. *Угрожающие преждевременные роды* сопровождаются преждевременным излитием околоплодных вод, что связано с инфицированием оболочек, их разрывом, сокращением матки и возникновением боли.

3. *Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты* (ПОНРП) может произойти во время беременности и в I или во II периоде родов. *Патогенез:* нарушение эндотелия сосудов, кровоизлияние в плацентарное ложе, повышение тонуса матки, растяжение стенки матки, раздражение серозной оболочки матки гематомой, возникновение боли.

4. *Угрожающий или начавшийся разрыв матки* по рубцу может происходить во время беременности, в I и II периодах родов. *Патогенез:* изменения в миометрии, расползание ткани стенки матки, нарушение целостности, сосудов, внутреннее кровотечение, раздражение брюшины, боль. Несостоятельный рубец на матке может сочетаться с клинически узким тазом. В родах нижний сегмент матки резко истончается, образуется трещина, разрываются сосуды, в стенке образуется гематома, разрыв матки, боль.

*Диагностика и дифференциальная диагностика.*

1. *Жалобы* при угрожающем выкидыше: слабые ноющие боли внизу живота и (или) в крестце, не сопровождающиеся кровянистыми выделениями из половых путей. При начавшемся выкидыше боли усиливаются, становятся схваткообразными, сопровождаются кровянистыми выделениями.

*В анамнезе* инфекционные и психогенные факторы; соматические заболевания; осложненное течение беременности.

*Объективно.* Общее состояние женщины не страдает. Пальпация живота во II триместре – гипертонус матки.

Дифференциальная диагностика: с прервавшейся внематочной беременностью.

2. Жалобы *при угрожающих преждевременных родах:* непостоянные тянущие или схваткообразные боли в поясничной области и в низу живота.

*В анамнезе* эндометрит, аборты, выкидыши, преждевременные роды, поздний гестоз. Течение настоящей беременности: угроза прерывания беременности.

*Общий осмотр:* общее состояние удовлетворительное, температура тела нормальная или повышенная (хориоамнионит).

 *Наружное акушерское исследование:* гипертонус матки.

*Дифференциальная диагностика* с акушерской патологией, с гинекологическими заболеваниями.

3. *При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты* беременная или родильница предъявляет *жалобы* на боль в животе. Боль разной интенсивности, локальная, затем распространяется по всему животу. При обширной отслойке боли острые постоянные распирающие по всему животу, иррадиируют в бедро, в поясницу. Болевой синдром может сопровождаться кровянистыми выделениями из половых путей. Во II периоде родов могут появиться сильные боли в области матки на фоне потуг.

*В анамнезе* преэклампсия, эклампсия.

При *общем осмотре* - удовлетворительное или тяжелое состояние пациентки в зависимости от площади отслойки плаценты.

При *наружном акушерском обследовании* – гипертонус матки во время беременности, матка не расслабляется между схватками. Ухудшается шевеление и сердцебиение плода.

*Дифференциальная диагностика* с предлежанием плаценты; разрывом матки.

4. При угрожающем разрыве матки по рубцу появляются *жалобы,* связанные с чрезмерным растяжением рубцовой ткани и покрывающей ее брюшины: боли в эпигастральной области и в области рубца, усиливающиеся при движении плода. При начавшемся разрыве матки - боли в области рубца, кровянистые выделения из половых путей.

*В анамнезе* миомэктомия, тубэктомия, перфорациея матки, предыдущее кесарево сечение менее 2 лет назад, рубец, заживший вторичным натяжением; более четырех родов; многоводие, многоплодие.

Объективно: болезненность при пальпации рубца; ощущение «хруста снега» при пальпации передней брюшной стенки.

*Дифференциальную диагностику* разрыва матки во время беременности проводят с острым аппендицитом, ПОНРП, а во время родов с ПОНРП.

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ В РОДАХ

Рассмотрим патогенез болевого синдрома в родах.

*1. Физиологические и преждевременные роды.* В I периоде происходит раздражение нервных окончаний мышц тазового дна, наружных половых органов. На поступающие импульсы возникает реакция коры головного мозга, эфферентный ответ, состоящий из вегетативных и двигательных реакций. В крови накапливаются биологически активные вещества, которые, вызывают болевые ощущения. В формировании болевой реакции участвует условно-рефлекторный компонент.

2. Патогенез болевого синдрома при остальных состояниях рассмотрен выше.

*Диагностика и дифференциальная диагностика*.

В зависимости от периода родов женщина может предъявлять жалобы на боли ноющего, схваткообразного, потужного характера. Схваткообразные боли являются периодическими и чередуются с паузами в I периоде родов. Потуги возникают во II периоде родов, более интенсивные, чем схватки, чередуются с короткими паузами. В III периоде родов возникают однократные схваткообразные боли при отделении плаценты и постоянные ноющие боли, связанные с сокращением матки.

*В анамнезе:* задержка менструации, выяснить дату последней менструации.

*Общее объективное обследование:* состояние роженицы удовлетворительное, АД, пульс в норме вне схватки или потуги. *Пальпация живота* – гипертонус матки чередуется с расслаблением матки (нормотонус).

Диагностика болевого синдрома в родах является определяющей для проведения *дифференциальной диагностики* со всеми вышеперечисленными состояниями.

*2. Диагностика и дифференциальная диагностика* болевого синдрома при остальных состояниях рассмотрены выше.

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

*Патогенез.* В первые 3 суток послеродового периода на фоне кормления могут возникать тянущие, ноющие боли внизу живота, связанные с сокращением послеродовой матки – это физиологический процесс. Важно рассмотреть патологические состояния, возникающие у родильниц.

1.В патогенезе болевого синдрома при послеродовом эндометрите основную роль играет воспалительный процесс в эндометрии, отек, гиперемия в клетках эндометрия, нарушение сократительной способности матки.

*Диагностика и дифференциальная диагностика.*

1. *Жалобы при послеродовом эндометрите -* ноющие постоянные боли в низу живота и в поясничной области, сопровождающиеся повышением температуры тела в 1-7-е сутки после родов.

*В анамнезе* осложненные кровотечением, хориоамнионитом роды, кольпит, длительный безводный промежуток, хронический эндометрит.

*Общий осмотр:* угнетение общего состояния, тахикардия, температура тела 38-39 °С, озноб.

*Пальпация живота* - матка болезненная, мягковатой консистенции. *Дифференциальная диагностика* с послеродовым сальпингоофоритом, параметритом и пельвиоперитонитом.

Отличительные признаки *послеродового сальпингоофорита:* ноющие боли в низу живота появляются на 7-10-е сутки после родов. При пальпации живота в подвздошной области - болезненность на стороне поражения, матка увеличена, отклонена в противоположную от очага воспаления сторону.

*Отличительные признаки послеродового параметрита:* жалобы на тянущие боли внизу живота, болезненность при сгибании ноги в тазобедренном суставе, озноб, повышение температуры тела до 39-40 °С на 10-12-е сутки после родов. Болезненность матки при пальпации.

*Отличительные признаки послеродового пельвиоперитонита:* жалобы резкие боли внизу живота, болезненная дефекация п на 3-4-е сутки после родов. При пальпации живота - напряжение передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина - Блюмберга, матка увеличена, болезненна.

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ В ГИНЕКОЛОГИИ

1. Абдоминальный болевой синдром

Термин «абдоминальный болевой синдром» используется для обозначения признаков, ведущим из которых является боль или дискомфорт в животе.

*Причины:* дисменорея, синдром гиперстимуляции яичников, острый аднексит или эндометрит, гнойные воспалительные заболевания придатков матки, миома матки с некрозом узла, рождающийся миоматозный узел, эндометриоз.

*Механизмы патогенеза:* изменение давления в органах (растяжение, изменении кровоснабжения), раздражение и/или воспаление серозных покровов, спазм гладкой мускулатуры, нарушение микроциркуляции.

*Особенности диагностики:* тщательный сбор анамнеза, определение локализации боли, характера возникновения (острое или подострое), связь с менструальным циклом или с беременностью.

Постепенное начало боли, тупая боль предполагает воспаление. Пульсирующая, ритмичная боль характерна для повышенного внутриполостного давления. Постоянная боль бывает при воспалительном процессе, нарушении кровоснабжения органа. Продолжительность и периодичность болевых эпизодов помогают установить характер заболевания (острый или хронический). Острые приступы боли, длящиеся менее 48 ч, могут возникать вследствие хронического заболевания (боли при овуляции). Сила боли оценивается по состоянию кожных покровов(бледность).

*Овуляторные боли* возникают в низу живота в результате раздражения брюшины фолликулярной жидкостью; продолжаются 12 - 36 ч отдельными приступами в середине менструального цикла.

*Синдром гиперстимуляции яичников* проявляется болями внизу живота, сопровождающимися вздутием живота, одышкой, асцитом. В анамнезе планирование ЭКО.

При *некрозе субсерозной миомы матки* боль возникает остро, без признаков внутреннего кровотечения. В анамнезе миома матки.

*Хронические боли: циклические и ациклические.*

При *альгодисменорее* боли циклические, схваткообразные или пульсирующие, локализованные в низу живота, иррадиируют в поясницу и переднюю поверхность бедер, связаны с менструацией и продолжаются не более 48 ч.

Боли при *эндометриозе* острые, связаны с менструацией, иррадиируют в прямую кишку.

*Ациклические боли* - это продолжительные некупирующиеся боли, не связанные с менструацией, возникающие при гинекологических заболеваниях.

Дифференциальная диагностика с острым животом.

2.Острый живот в гинекологии

*Особенности этиологии и патогенеза.* Этиология: внутрибрюшное кровотечение; перекрут ножки опухоли яичника; пельвиоперитонит.

*Патогенез.* При *внематочной беременности* зигота имплантируется вне полости матки. С увеличением срока беременности происходит растяжение стенок трубы, формирование трофобласта, выделение протеолитических ферментов, что ведет к нарушению целостности трубы, при усилении перистальтических движений трубы и имплантации плодного яйца в ампулярной части трубы происходит трубный аборт в просвет брюшной полости, раздражение брюшины, боль.

При *апоплексии яичника* разрыв яичника происходит при нарушении овуляции, функции вегетативной и эндокринной систем. Образуется гематома, которая вызывает резкие боли в связи с повышением внутрияичникового давления, затем следует разрыв ткани яичника, раздражение брюшины.

При *перекруте ножки опухоли яичника* наблюдаются нарушение кровоснабжения, отек, кровоизлияние и некроз паренхимы.

В патогенезе болевого синдрома при *гнойных образованиях придатков матки* отмечается микробная инвазия, отек, гиперемия тканей, скопление гноя в, растяжение стенок органа.

*Особенности диагностики*

1.При внематочной беременности возникают *жалобы* на внезапную и острую постепенно нарастающую боль в подвздошной области, усиливающуюся при движении или дефекации, имеющую схваткообразный характер; иррадиирующую в прямую кишку, плечо, лопатку, ключицу.

*Объективно.* При разрыве маточной трубы живот участвует в акте дыхания ограниченно, болезнен при пальпации и перкуссии, симптом Щеткина Блюмберга положительный; притупление при перкуссии в отлогих местах живота. При кровотечении в брюшную полость определяется симптом Куленкампфа.

2.При болевой форме апоплексии яичника появляются *жалобы* на интенсивные, сильные ноющие или схваткообразные боли справа или слева внизу живота, появляющиеся внезапно в периовуляторный период.

*Объективно.* При пальпации живота положительный симптом раздражения брюшины.

3.*Перекрут ножки* опухоли яичника вызывает *жалобы* на боли внизу живота со стороны образования, постепенно нарастающие или острые; пароксизмальные или постоянные, сопровождающиеся тошнотой, обмороком.

4. Диагностика болевого синдрома *при воспалительных заболеваниях женских* половых органов зависит от локализации процесса. Пиосальпинкс, пиовар вызывают жалобы на постоянные боли внизу живота, на стороне воспаления, иррадиирующие ногу, поясничную область. Интенсивные боли нечеткой локализации возникают при перфорации гнойных образований.

*Объективно.* При пальпации живота локальные симптомы раздражения брюшины.

*Дифференциальная диагностика* внематочной беременности проводится с самопроизвольным выкидышем, острым аднекситом, острым аппендицитом, перекрутом ножки опухоли яичника, апоплексией яичника (Таблица -1,2).

Болевой синдром *при апоплексии яичника* можно дифференцировать с острым аппендицитом: при аппендиците боль начинается в эпигастральной области и спускается в правую подвздошную область; резкая болезненность в точке Мак-Бурнея и другие положительные симптомы аппендицита; напряжение мышц брюшной стенки правой подвздошной области, отсутствует связь с фазами менструального цикла.

Таблица -1 Болевой синдром в акушерстве

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Признакзаболевание | Болевой синдром во время беременности | Болевой синдром в родах (физиологические и преждевременные роды) | Болевой синдром в послеродовом периоде |
| Самопроизвольный выкидыш | Угрожающие преждевременные роды | ПОНРП | Угрожающий или начавшийся разрыв матки по рубцу | I период | IIпериод | IIIпериод | послеродовый эндометрит |
| угрожающий выкидыш | начавшийся выкидыш |
| характер боли | ноющие | схваткообразные | тянущие или схваткообразные | Острые, распирающие во II периоде родов сильные боли на фоне потуг | усиливающиеся при движении плода | Схваткообразные | потуги | схваткообразные | ноющие |
| интесивность | слабые | средней силы | различная | нарастает | сильные | Слабые, ноющие | различная |
| локализация | внизу живота и (или) в крестце | поясничной области и в низу живота | По всему животу | в эпигастральной области, в области рубца | в низу живота, в пояснице | В низу живота, в поясничной области |
| постоянство | постоянные | непостоянные | постоянные | периодические | однократные | постоянные |
| иррадиация | нет | бедро, поясница | нет |

Продолжение таблицы -1 Болевой синдром в акушерстве

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| анамнез | инфекционные и психогенные факторы; соматические заболевания; осложненное течение беременности | эндометрит аборт выкидышпреждевременные роды поздний гестозугроза прерывания беременности | преэклампсия эклампсия | миомэктомия, тубэктомия, перфорациея матки, предыдущее кесарево сечение менее 2 лет назад, рубец, заживший вторичным натяжением; более четырех родов;  | задержка менструации (дата последней ментсруации), соматические и гинекологические заболевания при преждевременных родах, ПИОВ | I период родов | II период родов | осложненные кровотечением, хориоамнионитом роды, кольпит, длительный безводный промежуток, хронический эндометрит1-7-е сутки после родов. |
| Общее состояние | удовлетворительное | удовлетворительное или тяжелое в зависимости от площади отслойки  | удовлетворительное или тяжелое | удовлетворительное | угнетение общего состояния |
| Пальпация живота | II триместре – гипертонус матки. | гипертонус матки | гипертонус матки чередуется с нормотонусом | нормотонус | матка болезненная, мягковатой консистенции. |
| Сопутствующие симптомы | нет | кровянистые выделения из влагалища | ПИОВ t тела повышенна (хориоамнионит)  | Роды кровянистые выделения из влагалища острая гипоксия плода | кровянистые выделения из половых путей при начавшемся разрыве, ощущение «хруста снега» при пальпации передней брюшной стенки | нет | Признаки отделения плаценты | тахикардия, температура тела 38-39 °С, озноб. |

Таблица-2 Болевой синдром в гинекологии

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Признакзаболевание | абдоминальный болевой синдром | острый живот |
| Овуляторный синдром | Синдром гиперстимуляции яичников | Некроз узла субсерозной миомы матки | альгодисменорея | эндометриоз | внематочная беременность(прервавшаяся) | апоплексия яичника | перекрут ножки опухоли яичника | гнойные образованияпридатков матки |
| характер боли | ноющая | Ноющая | острая | схваткообразная или пульсирующия | острая | Острая, схваткообразная | ноющая или схваткообразная | Острая, схваткообразная | Ноющая, острая при перфорации образования |
| интесивность | различная | сильные | различная | сильные | постепенно нарастающую | интенсивные, сильные | различная | сильные |
| локализация | в низу живота | В подвздошной области | В подвздошной области со стороны образования, нечеткая при перфорации образования |
| постоянство | Приступообразные | постоянные | циклические | внезапно | постепенно нарастающие или острые; пароксизмальные или постоянные | постоянные боли внизу живота, на стороне воспаления, |
| иррадиация | нет | В прямую кишку | нет | в поясницу и переднюю поверхность бедер | в прямую кишку. | прямую кишку, плечо, лопатку, ключицу  | иррадиирующие ногу, поясничную область |
| Связь с беременностью или менструацией | За 2 недели до менструации | нет | нет | с менструацией | с беременностью | с овуляцией | нет |

Продолжение таблицы – 2 Болевой синдром в гинекологии

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| анамнез | Хронический аднексит, киста яична | планированиеЭКО | миома матки | Хронический аднексит, миома матки,Нарушение менструального цикла | Выскабливания полости матки | Хронический аднексит, ЭКО, эндометриоз яичников, острый аппендицит | Хронический аднексит, ЭКО, эндометриоз яичников | Киста и кистома яичника | Пиосальпинкс, пиовар |
| Общее состояние | удовлетворительное | Удовлетворительное или тяжелое | Удовлетворительное | Удовлетворительное или тяжелое | Удовлетворительное | Удовлетворительное или тяжелое |
| Пальпация живота | болезненная | Болезненная, симптом Щеткина-Блюмберга + | безболезненная | Болезненная, при зндометриозе яичников симптом Щеткина-Блюмберга +  | живот участвует в акте дыхания ограниченно, болезнен при пальпации и перкуссии, симптом Щеткина Блюмберга положительный; притупление при перкуссии в отлогих местах живота, | живот участвует в акте дыхания ограниченно, болезнен при пальпации и перкуссии, симптом Щеткина Блюмберга положительный; | болезнен при пальпации и перкуссии, симптом Щеткина Блюмберга положительный |
| Сопутствующие симптомы | продолжаются 12 - 36 ч | вздутием живота, одышкой, асцитом | Нарушение функции соседних органов | продолжаются не более 48 ч. | Мажущие кровянистые выделения наккануне менструации | мажущие кровянистые выделения, геморрагический шок, симптом Куленкампфа.слабость, головокружение | Тошнота, рвота | тошнота, обморок, повышение t тела | повышение t тела. Симптомы интоксикации |

2. Принципы оказания неотложной медицинской помощи, алгоритм действия фельдшера, принципы фармакотерапии при неотложных состояниях на догоспитальном этапе при болевом синдроме во время беременности, в родах, в послеродовом периоде, в гинекологии

1.Беременным *с угрожающими и начавшимися преждевременными родами, ПРПО с 22 недель* беременности медикаментозная терапия на этапе СМП не проводится.

*2.Принципы оказания помощи при угрожающем или начавшемся самопроизвольном выкидыше:* расслабление мускулатуры матки, купирование болевого синдрома.

*Фармакотерапия:* раствор дротаверина (но-шпа) 2% 2 мл в/м или в/в.

3.Принципы оказания помощи *при ПОНРП:* восполнение ОЦК, обеспечение надежного венозного доступа, снижение тонуса матки, купирование болевого синдрома, инфузионная терапия до момента доставки в стационар; профилактика или лечение фибринолиза.

*Принципы фармакотерапии:*

а) с целью снижения тонуса матки: раствор магния сульфата 25% 10 мл в/в в составе инфузионных растворов (при АД систолическом более 90 мм рт. ст. 0,9% раствор натрия хлорида или раствор Рингера до момента доставки в стационар до 1000 мл)

 б) при выраженном болевом синдроме: раствор фентанила 0,005% 2 мл в/в.

в) профилактика или лечение фибринолиза: транексамовая кислота (транексам) в/в 10 мг/кг веса больной (0,2 мл 5% раствора на 1 кг веса) со скоростью 1 мл/мин.

*4.При угрожающем, начавшемся разрыве матки* для прекращения родовой деятельности дать глубокий наркоз!

*5.При альгодисменорее, генитальном эндометриозе* проводится купирование (уменьшение) болевого синдрома.

*Принципы фармакотерапии:*

а) раствор кеторолака (кеторол) 3% 1 мл в/м или

б) метамизол натрия+питофенон+фенпивериния бромид (баралгин) 5 мл в/в медленно (не более 1 мл в минуту в положении лежа).

*6.При болевой форме апоплексии яичника, перекруте ножки опухоли яичника* медикаментозная терапия на этапе СМП не проводится.

*7.Прервавшаяся внематочная беременность.* При удовлетворительном состоянии пациентки медикаментозная терапия на этапе СМП не проводится.

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

Показания к госпитализации в акушерский стационар: физиологические (срочные) и преждевременные роды, ПОНРП, разрыв матки в соответствие с маршрутизацией.

Показания к госпитализации в гинекологический стационар: апоплексия яичника, внематочная беременность, острые воспалительные заболевания половых органов, воспалительные заболевания в послеродовом периоде, самопроизвольный выкидыш, миома матки с некрозом узла, перекрут ножки опухоли яичника, пельвиоперитонит, разрыв кисты яичника.

Госпитализация беременных *с угрозой прерывания, с начавшимися преждевременными родами, ПРПО с 22 недель* беременности проводится в отделение патологии беременности родильного дома на носилках в положении на спине с целью предупреждения выпадения пуповины или мелких частей плода. Предупредить приемное отделение стационара о доставке женщины с осложнениями излития около плодных вод.

*При самопроизвольном выкидыше* госпитализация в гинекологическое отделение на носилках.

*При ПОНРП* оказание помощи не должно задерживать госпитализацию в родильный дом на носилках (предупредить приемное отделение стационара о доставке пациентки с ПОНРП).

*Острый живот в гинекологии.* Немедленная госпитализация в гинекологическое отделение на носилках. При отказе от госпитализации — актив через 2 часа, при повторном отказе — актив в ЛПУ.

4. Правила заполнения медицинской документации (форма 110/у; 114/у)

Правила заполнения Карты вызова СМП (УФ № 110/у):

1. Подробно описать жалобы, анамнез и объективные данные того заболевания, которое послужило поводом к вызову бригады СМП, указывать то, что важно для дифференциальной диагностики.

2. Формулировка диагноза:

а) согласно классификации, принятой для данной патологии

б) указать основное заболевание и его осложнения

в) указать сопутствующую патологию.

Пример:

а) ПОНРП. Беременность 39 недель. Преэклампсия.

б) Острый живот. Прервавшаяся внематочная беременность.

3. Патогенетические мероприятия описывать раньше, чем симптоматические.

4. Правила госпитализации: указать способ транспортировки, а в случае отказа от транспортировки на носилках указать причину. При тяжелом состоянии пациентки оповестить приемное отделение с указанием диагноза, в карте вызова сделать запись. Оформить отказ в случае отказа пациентки от медицинской помощи и/или госпитализации.

7.Указать эффект проведенных мероприятий после оказания помощи (болевой синдром купирован).

Правила заполнения Сопроводительного листа и талона к нему (УФ 114/у) аналогичные.