

Наименование медицинской организации Проект «Социальное медицинское страхование» Наименование структурного подразделения:		Стандартная операционная процедура
Название СОП: Тактика медицинской сестры при поступлении беременной/роженицы/родильницы с кровотечением		Версия СОП: 1
Разработчики:	Утверждено	
1. Кажигалиқызы Роза к.м.н. профессор кафедры акушерства и гинекологии АО «Казахский Медицинский Университет Непрерывного Образования», г. Алматы	Дата утверждения	
	Согласовано	Куланчиева Ж. А. Проектный менеджер к.м.н.
2. Ниязова Бибигуль Кайргельдықызы старшая медсестра отдела хирургии, Национальный научный центр материнства и детства	Дата согласования	20.05.2020 г.
	Ответственный за исполнение	
3. Имадилова Гульмира Мелисовна специалист – эксперт по сестринской службе, психолог, Национальный научный медицинский центр		
	Введен в действие	
	Сотрудник, отвечающий за выполнение процедуры	

1. Цель: разработать алгоритм действий при оказании неотложной помощи в приемном покое стационара медицинской сестрой расширенной практики при поступлении беременной/роженицы/родильницы с кровотечением, что позволит улучшить клинические результаты, снизить материнскую и перинатальную смертности, повысить качество жизни пациенток, снижая затраты на здравоохранение.

2. Область применения: приемные отделения акушерского стационара и многопрофильных больниц, имеющих в составе акушерско-гинекологическое отделение.

3. Ответственность: медицинская сестра расширенной практики обеспечивает преемственность и содействует непрерывности оказания неотложной помощи до прихода врача.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ СОП

1. Определение: акушерские кровотечения – это выделение крови из наружных половых путей при любом сроке беременности, во время родов и в послеродовом периоде. Из-за увеличенного кровообращения матки во время беременности акушерские кровотечения часто носят стремительный и массивный характер и требуют безотлагательного начала лечения, так как представляют опасность для жизни матери и внутриутробного плода.

Причинами кровотечения в ранние сроки беременности могут быть: самопроизвольный аборт, криминальный аборт, септический аборт, пузырьный занос, внематочная беременность.

Показания для госпитализации - экстренное кровотечение, связанное с выкидышем в сроке до 22 недель беременности.

На сбор бригады медперсонала, оценку тяжести кровотечения и определение тактики действий отводится 1–2 минуты. Все действия по оказанию помощи проводятся после получения информированного согласия пациентки. В случае отсутствия сознания у женщины из-за массивного кровотечения или геморрагического шока при продолжающейся кровопотере и неэффективности консервативных методов лечения решение о хирургическом вмешательстве принимается тремя специалистами при согласовании с администрацией родовспомогательного медицинского учреждения в телефонном режиме.

Первоочередным действием является установление и поддержание контакта с пациенткой в случае, если она в сознании. Следует относиться к роженице или родильнице доброжелательно и внушать ей оптимизм. Не допускать развития паники у женщины. Весь медицинский персонал должен быть спокойным и собранным, особенно врач акушер-гинеколог: он должен отдавать команды четко и внятно, контролируя их выполнение средним медицинским персоналом.

Подготовка медицинского персонала

Своевременность и правильность оказания медицинской помощи женщине, а значит, и сохранение ее жизни зависит от знания и выполнения средними медицинскими работниками своих обязанностей.

Основные диагностические мероприятия:

Изучение жалоб и физикальное исследование: наличие вагинальных кровотечений у всех женщин репродуктивного возраста, у которых отмечен эпизод отсутствия месячных (задержка менструального кровотечения более, чем на месяц со дня последней менструации), спастические сокращения матки, частичная экспульсия фрагментов плодного яйца, раскрытие шейки матки или размер матки меньше ожидаемого, оценка общего состояния, включая жизненно важные функции (пульс, артериальное давление, дыхание, температура), оценка объема кровопотери.

При поступлении женщины с вагинальным кровотечением в ранние сроки беременности следует оценить быстро общее состояние, при наличии шока, предположите прервавшуюся внематочную беременность.

Тактика ведения: катетеризация двух периферических вен; катетеризация мочевого пузыря; вызвать врачей акушера-гинеколога, анестезиолога-реаниматолога, лаборанта; учет кровопотери из влагалища, определение группы крови, резус-фактора крови, взятие крови для анализа на совместимость; свертываемость крови, общий анализ крови, коагулограмму. Сообщить о поступлении пациентки с кровотечением в операционную.

Основное лечение при вагинальном кровотечении в течение первых 22 недель беременности заключается в быстрой оценке общего состояния, включая жизненно важные функции (пульс, артериальное давление, дыхание, температура). При подозрении на шок, надо начать его лечение: обеспечить венозный доступ, в 2 вены введение физиологического раствора по 500 мл, проведение инфузии кристаллоидов в расчете 3:1 от объема предполагаемой кровопотери.

Даже при отсутствии признаков шока, следует иметь его в виду при дальнейшей оценке состояния женщины, так как оно может быстро ухудшиться. Если шок развивается, важно начать лечение незамедлительно.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (далее - ПОНРП) - это частичное или полное отделение нормально расположенной плаценты от стенок матки, которое происходит до рождения плода во время беременности или родов в сроке 20 недель и более.

Выделяют три типа кровотечения при ПОНРП:

- **наружное кровотечение** – отслаивается край плаценты, и кровь вытекает наружу из половых путей.
- **скрытое кровотечение** – ретроплацентарное, кровь скапливается между плацентой и стенкой матки, часто с выраженной экстрavasацией и имбибицией в миометрий, кровотечения из половых путей при этом нет.
- **смешанное кровотечение** – часть крови вытекает наружу из половых путей, а часть остается ретроплацентарно.

Легкая степень (40% случаев): объем кровопотери из половых путей не более 100 мл при образовании ретроплацентарной гематомы наружное кровотечение отсутствует; тонус матки слегка повышен, ЧСС плода в пределах нормы; состояние беременной женщины или роженицы удовлетворительное; основные физиологические параметры и показатели свертывающей системы в норме (АД, пульс, ЧДД, гемоглобин, тромбоциты, гематокрит, фибриноген, МНО, АЧТВ).

Средняя степень (45% случаев): объем кровопотери из половых путей 100 - 500 мл. При образовании ретроплацентарной гематомы наружное кровотечение отсутствует, тонус матки повышен, возможна болезненность матки при пальпации, отмечаются аномалии сердечного ритма плода (тахикардия,

брадикардия), иногда отсутствие сердцебиения плода, у беременной отмечается тахикардия, ортостатическая гипотония и низкое артериальное и пульсовое давление, возможно снижение уровня фибриногена, тромбоцитов, гемоглобина, гематокрита, изменение МНО, АЧТВ.

Тяжелая степень (15% случаев): объем кровопотери более 500 мл. При образовании ретроплацентарной гематомы наружное кровотечение отсутствует: матка резко напряжена, болезненная при пальпации, антенатальная гибель плода, у беременной развивается геморрагический шок, присоединяется синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания.

Тактика лечения на стационарном уровне. Тактика ведения беременности при ПОНРП зависит от следующих показателей: величина кровопотери; состояние беременной и плода; срок беременности; состояние гемостаза. На уровне приемного отделения показано проведение первичного осмотра с оценкой жизненно важных функций. Тактика ведения: катетеризация двух периферических вен; катетеризация мочевого пузыря; вызов анестезиолога; учет кровопотери из влагалища, определение группы крови, Rh-фактора крови, взятие крови для анализа на совместимость; свертываемость крови, общий анализ крови, коагулограмму. Сообщить о поступлении пациентки с кровотечением в операционную.

Предлежание плаценты – прикрепление плаценты в нижнем сегменте матки в области внутреннего зева. При предлежании плацента находится на пути рождающегося плода.

Показания для экстренной госпитализации: в медицинские организации третьего уровня регионализации перинатальной помощи - *кровотечение из половых путей после 20 недель беременности.*

Тактика ведения: катетеризация двух периферических вен; катетеризация мочевого пузыря; вызвать анестезиолога; учет кровопотери из влагалища, определение группы крови, Rh-фактора крови, взятие крови для анализа на совместимость; свертываемость крови, общий анализ крови, коагулограмму. Сообщить о поступлении пациентки с кровотечением в операционную.

2. Ресурсы:

1. Раствор натрия хлорида 0,9% по 500 мл с держателями – 4 флакона.
2. Окситоцин – 1 упаковка.
3. Мизопростол – 2 упаковки.
4. Шприцы по 5,0 – 5 штук, по 10,0 – 5 штук.
5. Система для крови – 2 штуки.
6. Система для инфузии – 3 штуки.
7. Вазофиксы №№14-16 – 2 штуки.
8. Стерильные перчатки №7-8 – 6 пар.
9. Тегадерм или лейкопластырь.
10. Жгут.
11. Спирт 70% – 1 флакон.

12. Стерильные ватные тампоны.
13. Одноразовые спиртовые салфетки – 5-6 штук.
14. Катетер Фоллея №№ 20-22 – 1 штука.
15. Груша (для отсасывания слизи из ротоглотки).
16. Стерильный шпатель (для открытия ротовой полости).
17. Мешок Амбу.
18. Кислород.
19. Стерильный воздуховод (резиновый).
20. Тонометр.
21. Фонендоскоп;
22. Мешок для сбора мочи – 1 штука.

3. Документирование: данные заносятся в историю болезни стационарного больного, амбулаторную карту пациента (электронный паспорт здоровья).

4. Процедуры:

Алгоритм действий медицинской сестры при поступлении беременной/роженицы с кровотечением:

1. Представить себя пациентке или сопровождающему лицу;
2. Производится быстрая оценка общего состояния не более 1-2 минуты, включая жизненно важные функции (пульс, артериальное давление, дыхание, температура);
3. Вызов врачей акушера – гинеколога, анестезиолога - реаниматолога, лаборанта;
4. Согревание пациентки одеялом;
5. Приподнять ноги на 30 градусов, подложив валик, одеяло, матрасик и т.д;
6. Провести обработку рук согласно Методическим рекомендациям по обработке рук сотрудников медицинских организаций РК;
7. Надеть перчатки, обработать спиртом;
8. Надеть маску и колпак;
9. Обеспечить венозный доступ, в 2 вены введение физиологического раствора по 500 мл, с проведением инфузии кристаллоидов в расчете 3 : 1 от объема предполагаемой кровопотери;
10. Забор крови для исследований: для определения группы крови, резус-фактора, для анализа на совместимость; свертываемость крови, общий анализ крови, коагулограмму;
11. Катетеризация мочевого пузыря катетером Фоллея (для контроля диуреза);
12. Учет кровопотери из влагалища мерной кружкой;
13. Снять перчатки, колпак, маску и утилизировать в КБСУ для медицинских отходов класса «Б»;
14. Провести обработку рук согласно Методическим рекомендациям по обработке рук сотрудников медицинских организаций РК;
15. Использованные материалы утилизировать по классам;

16. Сообщить в операционную о поступлении беременной/ роженицы с кровотечением, для последующей подготовки к операции;
17. Заполнить медицинскую документацию.
18. Транспортировать пациентку в соответствующее отделение стационара.

5. Примечание: использовать СОП: «Измерение АД», «Подсчет дыхания», «Подсчет пульса и его качества», «Постановка внутривенного катетера», «Внутривенное введение лекарственных средств струйно», «Постановка мочевого катетера», «Определение группы крови и резус фактора».

Ссылки:

1. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 июля 2017 года № 450 «Правила оказания скорой медицинской помощи в Республике Казахстан» Глава 5. Скорая медицинская помощь на уровне приемного отделения медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь.
2. Клинические протоколы, одобренные Министерством здравоохранения Республики Казахстан:
 - «Внематочная беременность» №6 от 1.03.2019 г.
 - «Другие виды аборта (криминальный аборт), аборт неуточненный» № 7 от 27.08.2015 г.
 - «Аномалия зачатия плода (пузырный занос)» № 7 от 27.08.2015 г.
 - «Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты» № 36 от 27.12. 2017 г.
 - «Патология плаценты» № 36 от 27.12. 2017 г.
3. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Antepartum Haemorrhage. Green-top. Guideline No. 63 November 2011.
4. Клиническое руководство по кесареву сечению. Национальный центр сотрудничества по охране здоровья женщин и детей. Руководство RCOG, 2011 г.
5. Оперативное акушерство Манро Керра. Томас Ф. Баскетт, Эндрю А.Калдер, Сабаратнам Арулкумаран и другие. 2010 г.
6. Centre for Maternal and Child Enquiries (CMACE). Saving Mothers' Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006–08.
7. The Eighth Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. BJOG 2011; 118 (Suppl. 1):1–203
8. McGEOWN P (2000): Practice Recommendations for Obstetric emergencies. British Journal of Midwifery Vol.9 No.2 71-73
9. Comprehensive Textbook of Postpartum Hemorrhage An Essential Clinical Reference for Effective Management 2nd Ed. /Edit.: S. Arulkumaran, M. Karoshi, L. G. Keith, A.B. Lalondé, Ch. B-Lynch-The Global Library of Women's Medicine-Sapiens Publishin-2012-654 p.
10. Royal College of Obstetrics and Gynaecology (2011) Placenta Praevia: Diagnosis and Management, Clinical Green Top Guideline. London: RCOG.

11. Green-top Guideline No.27, 2011 – Placenta Previa, placenta previa, accrete and vasa previa: diagnosis and management.
12. Green-top Guideline No.63, 2011 - Antepartum Haemorrhage.
13. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. Green-top guideline №21, November 2016.
14. National Institute for Health and Care Excellence. Ectopic pregnancy and miscarriage. diagnosis and initial management in early pregnancy of ectopic pregnancy and miscarriage. NICE clinical guideline 154; 2012.
15. Successful Management of Cervical Ectopic Pregnancy with Bilateral Uterine Artery Embolization and Methotrexate. Emergency Medicine, Volume 2018, Article ID 9593824.
16. Diagnosis and management of cervical ectopic pregnancy. J Hum Reprod Sci. 2013 Oct-Dec; 6(4): 273–276.
17. Medical management of ectopic pregnancy // Obstetrics and Gynaecology. — 2008. — Vol. 111, № 6. — P. 1479-1485.
18. Методические рекомендации «Стандартизация клинических и неклинических производственных процессов в медицинских организациях, их внедрение и мониторинг», РГП на ПХВ «РЦРЗ» МЗ РК, 2017г.