

Оказание экстренной помощи при тяжелой преэклампсии и приступе эклампсией

Выполнила: Бастарбекова Г.К.
728 ВОП

Преэклампсия—это гипертензия с манифестацией после 20 недель с протеинурией более 300 мг белка в суточной моче.

Тяжёлая преэклампсия – преэклампсия с тяжёлой артериальной гипертензией и/или с симптомами, и/или биохимическими и/или гематологическими нарушениями (сильная головная боль, нарушение зрения, боль в эпигастральной области и/или тошнота, рвота, отёк диска зрительного нерва, клонус, болезненность при пальпации печени, количество тромбоцитов ниже 100×10^6 г/л, повышение уровня печёночных ферментов).

Эклампсия—судорожное состояние, связанное с преэклампсией, значительной протеинурией (более 300 мг белка в суточной моче) с/без отклонениями в лабораторных показателях (креатинин, трансаминазы, билирубин, тромбоциты)

● **Алгоритм действия:**

- 1. Поставьте диагноз: «Тяжелая преэклампсия» при наличии одного из этих симптомов: головной боли, боли в эпигастральной области, нарушения зрения, мелькания мушек перед глазами, тошноты, рвоты, на фоне артериальной гипертензии (140/90 мм рт. ст. и выше) и протеинурии.
- 2. Вызовите не отходя от пациентки весь свободный персонал и реанимационную бригаду.
- 3. Одновременно проведите следующие мероприятия:
 - · уложите беременную на ровную поверхность, избегая повреждений и поверните голову пациентки набок.
 - · внутривенно введите стартовую дозу магнезии сульфата – 25%-20 мл в течение 10-15 минут.
- 4. Начните внутривенную инфузию 320 мл физиологического раствора с 80 мл – 25% раствором сульфата магнезии.
- 5. При АД равно и выше 160/100 мм.рт.ст. регулируйте артериальное давление назначением 10 мг нифедипина сублингвально, повторно через 30 минут 10 мг под контролем АД (поддерживать АД на уровне 130/90-140/95 мм.рт.ст.).
- 6. Под контролем артериального давления и продолжающейся магниевой терапии переложите пациентку на носилки и транспортируйте в реанимационное отделение ближайшего родильного дома.
- Примечание: При появлении признаков передозировки сульфата магнезии ввести 10 мл 10% раствора глюконата Са внутривенно в течение 10 минут.

- **Алгоритм действия:**

- 1. При приступах судорог вызовите не отходя от беременной или роженицы весь свободный персонал акушерского стационара и дежурную бригаду.

- 2. Вымойте руки на гигиеническом уровне.

- 3. Наденьте на руки одноразовые стерильные резиновые перчатки.

- **4. Одновременно проведите следующие мероприятия:**

- · уложите беременную или роженицу на кушетку, избегая повреждений и поверните ее голову на левый бок;

- · освободите дыхательные пути, открыв рот с помощью шпателя или ложки, обернутую марлей, вытяните язык языкодержателем;

- · удалите слюну из полости рта, как только появился вдох, обеспечьте свободный доступ воздуха;

- · после остановки судорог внутривенно введите **нагрузочную** или **стартовую дозу 5г** сухого вещества сульфата магния (**20мл, 25% раствора**) медленно в течение **10-15 минут**;

- **5. Начните поддерживающую дозу:**

- · **1-2г** сульфата магния **в час** при помощи инфузомата, продолжительность непрерывного внутривенного ведения в течение **12-24 часов**;

- · при отсутствии инфузомата – на **320 мл** физиологического раствора **80 мл 25% раствора сульфата магния**, вводите с учетом скорости введения: **11 капель/минуту** – 1г сухого вещества/ час; **22 капель/минуту** – 2г сухого вещества/час. Продолжительность непрерывного внутривенного ведения сульфата магния в течение **12-24 часа** (1-2 г в час) или (при отсутствии возможности внутривенного введения, в крайних случаях) **10 г** сухого вещества по **5г** в каждую ягодицу внутримышечно с **1мл 2% новокаина** или **1 мл 1% лидокаина** в одном шприце.

- 6. Под контролем артериального давления и продолжающейся магниезальной терапии переложите беременную или роженицу на каталку и переведите в готовую операционную для срочного родоразрешения.

- 7. Снимите одноразовые резиновые перчатки и поместите в КБУ.

- 8. Вымойте руки с мылом и просушите полотенцем.