



Чек-лист №6.4.в.

Оценка знаний по оказанию помощи специалистами ФТБ/ЦОВП при тяжелой пре-эклампсии/эклампсии (ПЭ/Э)

Наблюдение за оказанием помощи при тяжелой пре-эклампсии/эклампсии (ПЭ/Э)

Задача

Ситуация: У беременной отмечен подъём АД 170/110 мм рт. ст. при двукратном измерении с интервалом 4 часа в покое и протеинурия (записать время начала осложнения)

Получить согласие от пациентки (или от ее ближайшего родственника, если она не в состоянии)

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

Измерить АД, АД > 110 мм.рт.ст. (время измерения АД), (ЭКГ, АД, ЧСС, ЧД, диурез), контроль ЧСС плода

Взять анализ мочи на белок в моче: Протеинурия.

Провести первичную оценку при поступлении с преэклампсией (правило ABCD):

1. A-airway-осмотр дыхательных путей

2. B-breathing-оценка дыхания:

Повышение ЧД может быть признаком отека легких. Аускультация исключает отек легких.

3. C-circulation-оценка кровообращения:

Повернуть на левый бок, подложить валик. Определить АД, пульс, сатурацию.

Катетеризация периферической вены вазоканом 16-18G

Забор крови для лабораторного исследования

Катетеризация мочевого пузыря, определение белка в моче (суточ-ную протеинурию)

4. D-disability-оценка сознания: Головная боль, нарушения зрения, судороги

Определение рефлексов (коленных)

5. Ведение карты интенсивного наблюдения

6. Оценка внутриутробного состояния плода

Для профилактики судорог:

Ввести сульфат магния (Нагрузочная доза):

Магnezия сульфат 25% - 20 мл (5 г сухого вещества) развести в 20 мл изотонического раствора в двух шприцах: по 10 мл магнезии и 10 мл изотонического раствора в каждом шприце в/в медленно в течении 15-20 минут (записать время начала введения препаратов, доза препарата в граммах).

Поддерживающая доза. Приготовление раствора 20 мл 25% магнезии сульфата: 5 г сухого вещества развести в 200 мл 0,9% изотонического раствора натрия хлорида. Вводить со скоростью 1 гр за час (40-80 мл/ч или 15-20 кап/мин при использовании стандартной системы для внутривенных инфузий 20 кап/мл). Если АД выше - 160/110 мм.рт.ст. снижать до 140/90 мм рт ст

При передозировке Магnezия сульфата: Ввести кальция глюконата. (записать время введения, дозу в мг, путь введения).

Признаки передозировки:

1. Коленный рефлекс отсутствует (тогда концентрация Mg в крови бывает 3,5-5,0 ммоль/л).
2. ЧД менее 10-12 в мин (Mg в плазме крови 5,0–6,5 ммоль/л).
3. Диурез менее 100 мл за 4 ч.
4. Прекратить ввести сульфат магnezии необходимо прекратить, если появ-ляются признаки передозировки. Антидотом сульфата магnezии при передозировке является кальция глюконат 10% -10 мл в/в медленно.

Для профилактики инсульта:

Нифедипин 10 мг - 1 табл.,

Допегит 250 мг - 2-3 в сутки per os. (записать время и путь введения:

per os, в/м, в/в)

Если женщина без сознания, но высокое АД вызвать анестезиолога

для управляемой гипотензивной терапии.

Ситуация: На фоне преэклампсии отмечаются судороги Эклампсии.

- Положение возвышенный головной конец, на бок, поддержка нижней челюсти
- При необходимости вставить воздуховод
- Обеспечить респираторную кислородную поддержку (можно через кислородный мешок, мешок Амбу, носовую канюлю или лицевую маску со скоростью 8-10 л/мин)
- Продолжить магnezияльную терапию с увеличением или удвоением дозы.

Наблюдать за женщиной. Измерять АД в течение 1 часа наблюдения

Консультация невропатолога.

"Шкала Glasgo" оценить по признакам: Речь, ответ, глаза, движения, боль.

При оценке общий балл - 12 баллов и менее - нарушение сознания

Схема противосудорожной терапии: В 1 мл 25% раствора Магnezия сульфата содержится 250 мг су-хого вещества, а в 10 мл (1 ампула) – 2,5 грамм сухого вещества. При проведении инфузии, основное правило вводить со скоростью – 1 грамм сухого вещества в течение 1 часа, или 2.5 грамм (1 ампула) су-хого вещества в течение 2 часов 30 минут. То есть будет очень легко рассчитать – 5 грамм за 5 часов и т.д.

Нагрузочная доза: магnezия сульфат 25% - 20 мл развести в 20 мл изотонического раствора (нагрузочная доза) в двух шприцах: по 10 мл магnezии и 10 мл изотонического раствора в каждом шприце в/в медленно в течение 5-10 мин. Если судороги повторились введение магnezии повторить 2,0 гр внутривенно в течение 5-10 мин.

Поддерживающая доза: Приготовление раствора 20 мл 25% магnezия сульфата: 5 г сухого вещества развести в 200 мл 0,9% изотонического раствора натрия хлорида. Вводить со скоростью 1-2 г/ч (40-80 мл/ч или 15-20 кап/мин при использовании стандартной системы для внутривенных инфузий 20 кап/мл).

При развившихся судорогах, если пациентка с преэклампсией уже получала нагрузочную и последующие непрерывные дозы магнeзии сульфата, то следует ввести дополнительно 2 г в/в. Если женщина не получала нагрузочную и последующую магниeзальную терапию, то необходима нагрузочная доза 4-6 г MgSO₄ в/в течения 15-20 мин, затем назначить поддерживающую дозу 2 г/ч с постоянным мониторингом (коленный рефлекс, диурез, ЧЛ).

ПОСЛЕДУЮЩАЯ ПОМОЩЬ

Производится индукция родов или родостимуляция (амниотомия) (записать время)

Переведена в операционную на Кесарево сечение (записать время)

Вводилась ли дополнительная доза магнeзии или другого препарата:

МОНИТОРИНГ (НАБЛЮДЕНИЕ В ДИНАМИКЕ)

Соблюдались ли нижеследующие стандарты:

Во время магниeзальной терапии минимум один раз в час ведется наблюдение за коленными рефлексами, диурезом, частотой дыхания.

10%-ный глюконат кальция должен быть в наличии для случаев передозировки магнeзии.

В послеоперационный/послеродовой период скорость внутривенного вливания не должна превышать 80 мл в час (за исключением необходимости восполнения ОЦК при кровотечениях).

В сроке ниже 28 и выше 35 недель беременности следует родоразрешить не позже чем через 24 часа после постановки диагноза тяжелой преэклампсии.

В сроках беременности 29-34 недели, если позволяет состояние женщины, беременность может быть пролонгирована на 48 часов с целью профилактики дистресса плода.

При проведении родов через естественные родовые пути обязательно должно быть назначено медикаментозное обезболивание (эпидуральное).

Запрещается эндотрахеальная анестезия при показателях АД выше 170/110 мм.рт.ст. Методом выбора анестезии при кесаревом сечении является спинальная анестезия.

ПОЖАЛУЙСТА, прокомментируйте качество оказанной помощи:

Оставалась ли женщина одна на какой-либо время при наличии опасности развития судорог?

Была ли оказана помощь вежливо?

Была ли она информирована о процедурах?

Была ли ситуация нервной, хаотичной или спокойной?

Были ли какие-либо длительные задержки необходимого лечения?

Если это так, то в связи с какими лекарствами / процедурами и почему?

Было ли вовлечено много медицинского персонала?

Почему?

Итоги опроса медработника и теста на оценку знания.

Кол-во правильных ответов:

Кол-во неправильных ответов:

Результат:

Подпись специалиста:

Подпись экзаменатора:

)

Да	Нет

--	--