

Наименование медицинской организации Проект «Социальное медицинское страхование» Наименование структурного подразделения:	Стандартная операционная процедура
Название СОП «ОАРИТ: тактика медицинской сестры при преэклампсии тяжелой степени и эклампсии»	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. Косыбаева Капиза Капсалимовна Акушерка ННЦМД КФ УМС		
	Введен в действие	
	Сотрудник, отвечающий за выполнение процедуры	

1. Цель: разработать алгоритм действий при оказании неотложной помощи в ОАРИТ стационара медицинской сестрой беременной или родильнице при преэклампсии тяжелой степени или эклампсии, что позволит улучшить клинические результаты, снизить материнскую и перинатальную смертности, повысить качество жизни пациенток, снижая затраты на здравоохранение

2. Область применения: ОАРИТ стационаров.

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

Основная часть СОП

1. Определение: Преэклампсия – специфичный для беременности синдром, возникающий после 20 недель беременности, который проявляется повышением АД и протеинурией (более 300 мг белка в суточной моче).

Тяжёлая преэклампсия диагностируется при наличии симптомов преэклампсии и дополнительно хотя бы одного из критериев: систолическое АД, измеренное два раза в течение 6 ч., ≥ 160 mm Hg; диастолическое АД, измеренное два раза в течение 6 ч., ≥ 110 mm Hg, или диастолическое АД, измеренное хотя бы 1 раз, ≥ 120 mm Hg.; высокая протеинурия (5 г/24 ч., или ≥ 3 +); головная боль, нарушение зрения; боль под грудиной или под правым подреберьем; увеличенная концентрация ферментов в крови (АСТ, АЛТ, ЛДГ); синдром HELLP; олигурия (< 100 мл за 4 ч. или < 500 мл за 24 ч.); отек легких; недостаточный рост плода; внезапно возникший отёк лица, рук или ног, при наличии признаков тяжёлой гипертензии; отслойка нормально расположенной плаценты; синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания.

Эклампсия – это состояние, когда один или более приступов судорог развиваются на фоне симптомов преэклампсии, связанное со значительной протеинурией (более 300 мг белка в суточной моче) с отклонениями в лабораторных показателях (креатинин, трансаминазы, билирубин, тромбоциты). Эклампсия является тяжелым осложнением беременности, которое может привести к гибели плода и беременной. Осложнения эклампсии: отек легких, сердечная недостаточность, отслойка сетчатки, инсульт головного мозга, паралич, отек мозга, кома, длительный невроз, летальный исход от осложнений, либо последующая инвалидность. При тяжелой гестационной гипертензии, тяжелой преэклампсии показана противосудорожная терапия с использованием сульфата магния. Выбор сернокислой магнезии обусловлен ее следующими терапевтическими эффектами: противосудорожный, гипотензивный, спазмолитический, диуретический, седативный. Показания для экстренной госпитализации: клинические и/или лабораторные признаки преэклампсии, тяжелая форма артериальной гипертензии.

Основными симптомами эклампсии являются: мелкие сокращения мышц; тонические судороги мышц скелетной мускулатуры; клонические судороги мышц туловища; кратковременная потеря сознания; цианоз (посинение кожных покровов и слизистых оболочек); эклампсическая кома. Эклампсия может проявляться как одним длительным припадком, так и рядом кратковременных приступов. Прочими симптомами эклампсии являются также: нерегулярность дыхания (развитие асфиксии), пена изо рта, нередко с примесями крови. Признаками приближающегося припадка эклампсии являются: повышенная сонливость, слабость; тошнота, неконтролируемая рвота, не обусловленная прочими причинами; повышение артериального давления; развитие отеков; нарушения зрительной функции

(размытое зрение, «мушки» перед глазами); протеинурия (наличие белка в моче). Гипотензивная терапия назначается в зависимости от тяжести гипертензии индивидуально: α -адреномиметики – метилдопа; β -блокаторы – атенолол, небиволол; α и β -блокаторы – лабеталол, блокаторы кальциевых каналов – нифедипин; α -адреноблокаторы – урапидил; периферические вазодилататоры – гидралазин. Родоразрешение: в течение 24 – 48 часов с момента постановки диагноза «преэклампсия тяжелой степени», в течение 12 часов с момента постановки диагноза «эклампсия», в организациях 3 – го уровня по регионализации перинатальной помощи. Профилактика дистресс – синдрома внутриутробного плода кортикостероидами.

2. Ресурсы:

Перечень медикаментов и изделий медицинского назначения для оказания экстренной медицинской помощи при тяжелой преэклампсии, эклампсии:

1. Магния сульфат 25% по 5мл – 5 упаковок.
2. Раствор натрия хлорида 0,9% 400мл - 1 флакон.
3. Система для инфузии – 2 штуки.
4. Шприцы 20,0 мл. – 4 штуки, 5,0 мл. – 2 штуки.
5. Нифедипин – 1 упаковка.
6. Стерильные перчатки №7,8 – 6 пар.
7. Спирт 70% – 1 флакон.
8. Стерильные ватные тампоны.
9. Одноразовые спиртовые салфетки – 5-6 штук.
10. Вазофиксы №14- 16 – 2 штуки.
11. Катетер Фоллея №20 – 22 –1 штука.
12. Мешок для сбора мочи – 1 штука.
13. Тегадерм или лейкопластырь.
14. Жгут.
15. Стерильный шпатель (для открытия ротовой полости).
16. Груша (для отсасывания слизи из ротоглотки).
17. Мешок Амбу.
18. Кислород.
19. Стерильный воздуховод (резиновый).
20. Тонометр.
21. Фонендоскоп.
22. Халат
23. Маска

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

4. Процедуры:

Алгоритм неотложной помощи действий медицинской сестры при эклампсии:

1. В случае приступа эклампсии защитите женщину от повреждений, но не удерживайте ее активно.
2. Уложите женщину на левый бок для уменьшения риска аспирации желудочного содержимого, рвотных масс и крови, профилактики синдрома нижней полой вены.
3. Вызовите на себя анестезиолога - реаниматолога, врача акушер-гинеколога, лаборанта.
4. Одновременно необходимо аспирировать содержимое полости рта электроотсосом, предварительно просунув между верхней и нижней челюстями шпатель в горизонтальном положении, затем перевести его в вертикальное положение (ни в коем случае не совать свои пальцы в ротовую полость пациентки)
5. Подать кислород со скоростью 8-10 л в минуту через носовой катетер.
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. Катетеризовать периферическую вену (венозным катетером №14-16G) и начать стартовую дозу магния сульфат 25% - 20,0 мл в/в в течении 10-20 мин., затем вводить поддерживающую дозу: на 320 мл физиологического раствора - 80 мл 25% раствора сернокислой магнезии в/в, из расчета 1 г/час сухого вещества в течение 24 часов (11 кап./мин.) при тщательном контроле АД и ЧСС. Скорость введение препарата можно увеличить до 2 г сухого вещества под контролем уровня магния в крови.
10. Осуществить забор крови для анализов: общий анализ крови, биохимический анализ крови: креатинин, мочевины, АЛТ, АСТ, ЛДГ, альбумин, билирубин; гемостазиограмма –для своевременной диагностики признаков ДВС синдрома.
12. При наличии судорог вводится дополнительная доза 2-4 г сухого вещества (8 – 16 мл) 25 % раствора сернокислой магнезии в течение 5 мин.
13. При сохраняющейся гипертензии начать гипотензивную терапию по назначению врача анестезиолога - реаниматолога.
14. Катетеризовать мочевого пузырь катетером Фоллея – для контроля диуреза, исследования анализа мочи на суточную протеинурию, пробы Реберга
15. При эклампсическом статусе, коме, при не восстановлении адекватного сознания оказать помощь анестезиологу- реаниматологу для перевода пациентки на ИВЛ.
16. Снять перчатки, колпак, маску и утилизировать в КБСУ для медицинских отходов класса «Б».
17. Провести обработку рук

18. Использованные материалы утилизировать по классам.
19. Заполнить медицинскую документацию.
20. Подготовить пациентку к УЗИ почек, печени.
21. Подготовить пациентку к консультации окулиста, невролога, терапевта
22. При стабилизации состояния пациентки в течение 2-3 часов – готовить ее к родоразрешению по назначению врача акушера-гинеколога.
23. Осуществлять продолжительность непрерывного внутривенного введения сульфата магния в течение 12 - 24 часов (1-2 г в час), даже после родоразрешения.

5. Примечание - использовать СОП: «Измерение АД», «Подсчет дыхания», «Подсчет пульса и его качества», «Постановка внутривенного катетера», «Внутривенное капельное введение лекарственных средств», «Введение лекарственных средств с помощью перфузора», «Взятие крови на биохимическое исследование», «Постановка мочевого катетера», «Измерение отеков конечностей», «Надевание и снятие нестерильных перчаток», «Подача кислорода с помощью назальной канюли или кислородной маски (оксигенотерапия)», «Подача увлажненного кислорода через носовой катетер».

Ссылки:

1. Клинические протоколы, одобренные Министерством здравоохранения Республики Казахстан:
 - «Артериальная гипертензия у беременных» № 36 от 27.12.2017 г.
 - «Вызванные беременностью отеки и протеинурия без гипертензии» № 65 от 3.05.2019 г.
2. Методическим рекомендациям по обработке рук сотрудников медицинских организаций РК (Приказ МЗ РК № 111 от 23.04.2013 г.).
3. Diagnosis, Evaluation, and Management of the Hypertensive Disorders of Pregnancy: Executive Summary. SOGC №307, May 2014.
4. The Somanz guideline for the management of hypertensive disorders of pregnancy, 2014.
5. Pregnancy Hypertension: An International Journal of Women's Cardiovascular Health 4 (2014) 97–104.
6. Hypertension in pregnancy. ACOG 2013 Clinical guideline.
7. SC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy, 2011.
8. Гипертензия во время беременности. Клиническое руководство. МЗ РК 2012г.
9. Диагностика и лечение артериальной гипертонии у беременных. Федеральные клинические рекомендации. 2014 г.
10. Hypertension in pregnancy. NICE, Clinical guideline, 2010.

11. Методические рекомендации «Стандартизация клинических и неклинических производственных процессов в медицинских организациях, их внедрение и мониторинг», РГП на ПХВ «РЦРЗ» МЗ РК, 2017г.