



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ
БУРЯАД РЕСПУБЛИКЫН ЭЛҮҮРЫЕ ХАМГААЛГЫН МИНИСТЕРСТВО

П Р И К А З

07.05.2015.

№ 676-0Д

г. Улан-Удэ

Об утверждении
Клинических протоколов «Неотложная помощь в акушерской
практике»

В целях улучшения качества и безопасности акушерско-гинекологической, анестезиологической и реанимационной помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам, профилактики случаев материнской смертности

п р и к а з ы в а ю:

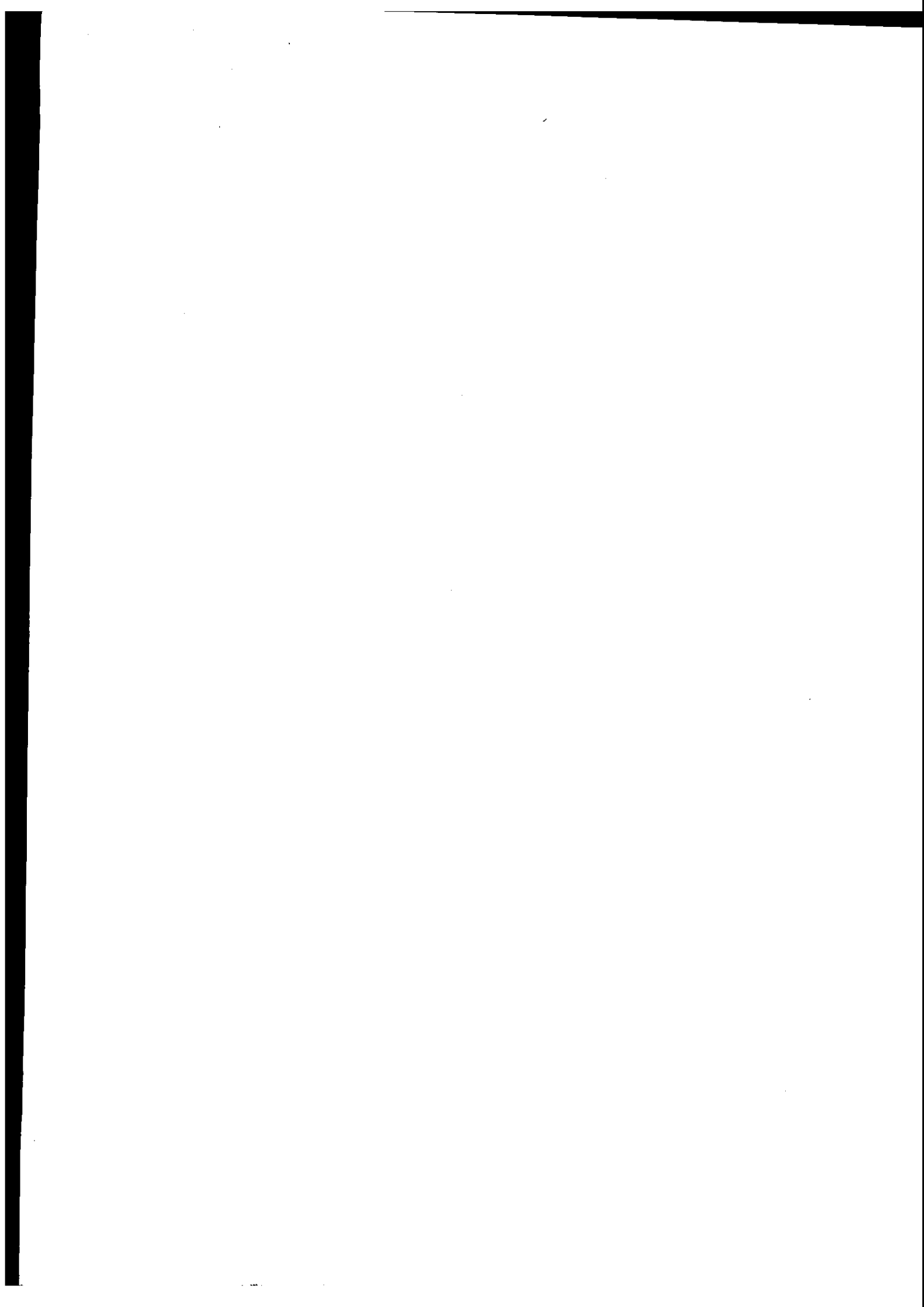
1. Утвердить Клинические протоколы «Неотложная помощь в акушерской практике» (приложение).

2. Руководителям государственных медицинских организаций, ведомственных медицинских организаций (по согласованию):

2.1. Обеспечить наличие и использование в работе Клинических протоколов "Неотложная помощь в акушерской практике" в каждом подведомственном учреждении здравоохранения.

2.2. Ознакомить с Клиническими протоколами «Неотложная помощь в акушерской практике» под роспись врачей акушеров-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов, врачей других специальностей, участвующих в оказании медицинской помощи женщинам.

3. Ответственность за исполнением приказа возложить на главного внештатного специалиста акушера – гинеколога, главных врачей государственных медицинских организаций, ведомственных медицинских организаций (по согласованию).



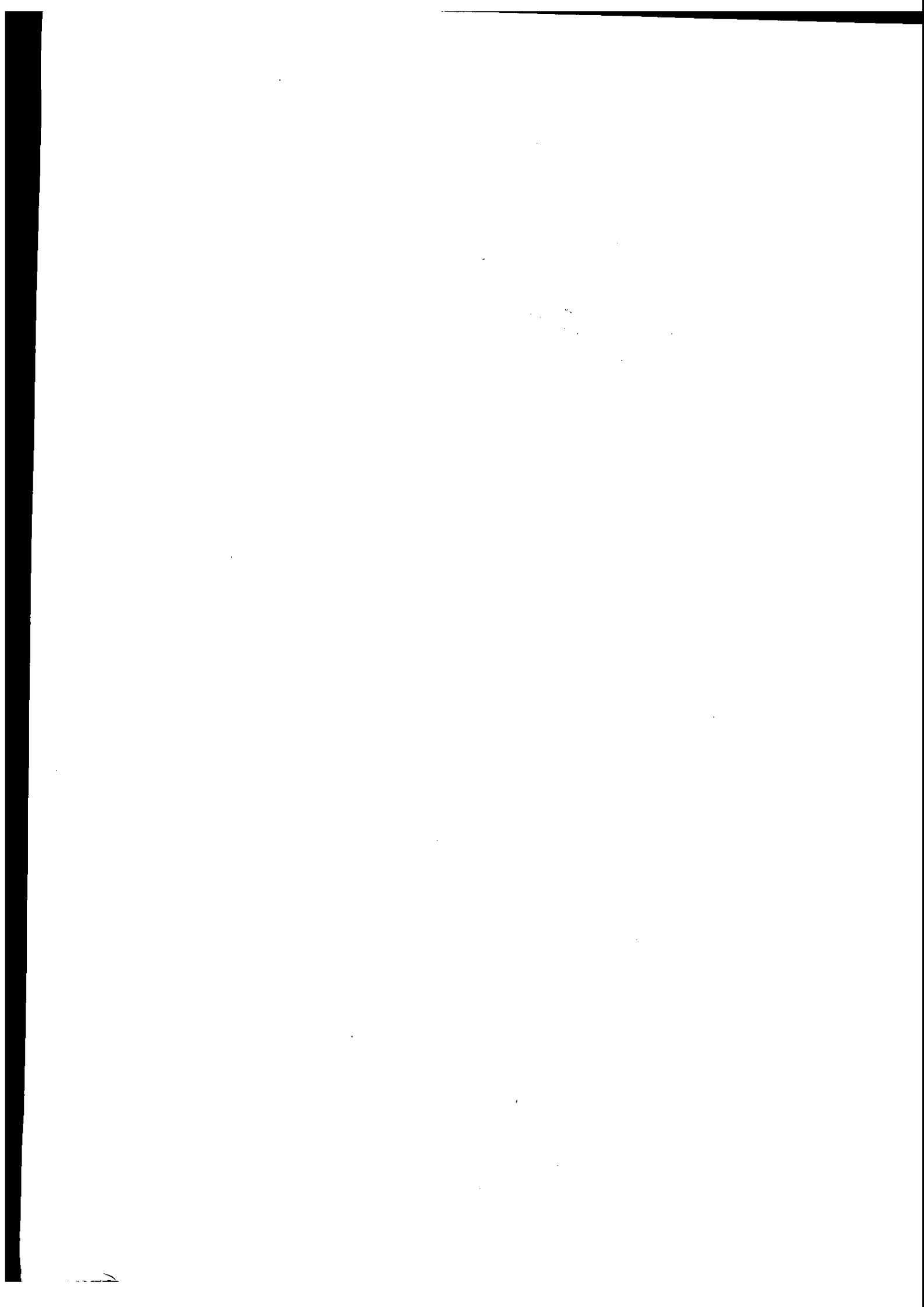
4. Контроль за исполнением приказа возложить на первого заместителя
министра А.О. Занданов

Министр



В.В. Кожевников

Л.М. Жовтун 218746
А.Н. Онтоев 43 52 91
И.Б. Фаткулина 41 77 04



КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ "НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ"

Клинические протоколы включают последовательность действий врачей по терапии основных критических состояний: острая массивная кровопотеря, акушерские кровотечения, геморрагический шок, преэклампсия и эклампсия, HELLP-синдром. Приводятся данные по выбору анестезиологического пособия для естественного и оперативного родоразрешения в подобных ситуациях. Данные клинические протоколы предназначены для анестезиологов-реаниматологов и акушеров-гинекологов. Выделены только те аспекты, в терапии которых имеются определенные сложности, приводящие к непредвиденным осложнениям и летальным исходам. В протоколы намеренно не включили алгоритмы полноценного лечения полиорганной недостаточности, так как подобная категория больных является контингентом отделений реанимации общего профиля многопрофильных клинических больниц и специализированных центров, но не родильных домов. Информация дана в кратком стиле алгоритма. Любой больной является индивидуальностью, как в плане течения критического состояния, так и в плане реакции на интенсивную терапию, следовательно, обоснованный маневр отхода от алгоритма не является ошибкой.

БАЗОВЫЙ АЛГОРИТМ

действия медицинского персонала в критических ситуациях в акушерстве
(геморрагический шок, гестоз, преэклампсия, эклампсия, септический шок)

ВЫПОЛНЯЕТСЯ ПРИ ЛЮБЫХ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ!

- 1.Руководит всеми действиями заведующий родильным отделением, в ночное время, праздничные и выходные дни - ответственный дежурный врач.
- 2.При появлении женщины с тяжелой патологией поставить в известность заместителя главного врача по родовспоможению, заведующих родильно- и реанимационным отделениями в любое время суток (или их заместителей, или исполняющих обязанности).
- 3.Определение плана обследования, лечения, тактики ведения пациентки

согласно протокола диагностированной патологии. План согласовать с заместителем главного врача и заведующими структурными подразделениями (реанимации и родильного блока).

4. Осмотр пациентки проводить бригадой дежурных врачей совместно с анестезиологом, начиная с приемного отделения.

5. Осмотр, обследование и лечение проводится параллельно.

6. Базовое обследование при стабильном состоянии:

- Группа крови и резус фактор с фенотипом, кровь на совместимость.
- Общий анализ крови + время свертывания, тромбоциты, гематокрит.
- Анализ мочи.
- Биохимический анализ крови: общий белок, билирубин, АЛТ, АСТ, мочевины, креатинин, амилаза, сахар крови.
- Коагулограмма: фибриноген, АЧТВ, РФМК, фибринолиз, протромбиновый индекс, антитромбин III, Д-димер.
- Ионограмма: осмолярность, калий плазмы, натрий плазмы, хлор плазмы.
- Анализ КОС и газы крови смешанной венозной или капиллярной крови.
- Свободный гемоглобин плазмы и мочи.
- Мазок на флору (при необходимости).
- Микрореакция на сифилис.
- ВИЧ.
- Рентгенография органов грудной клетки (при необходимости).
- ЭКГ.
- Консультация терапевта, невролога, окулиста.
-

7. Минимальный объем обследования при угрожающем состоянии:

- Группа крови и резус фактор с фенотипом, кровь на совместимость.
- Гемоглобин, эритроциты, гематокрит, время свертывания, тромбоциты, гематокрит.
- Анализ мочи.
- Биохимический анализ крови: общий белок, билирубин, мочевины, сахар.
- Коагулограмма: фибриноген, протромбиновый индекс.

ПРОТОКОЛ N 1 ДЕЙСТВИЯ ПЕРСОНАЛА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ

На догоспитальном этапе у пациентки с кровотечением основным мероприятием является транспортировка в МО с возможностью оперативного лечения (районы республики – ЦРБ, Северобайкальский район – НУЗ «Отделенческая больница ОАО РЖД на ст Северобайкальск», г. Улан-Удэ - в ГАУЗ «РПЦ», ГАУЗ «ГРД№2»). Обеспечение венозного доступа и проведение инфузионной терапии, введение антифибринолитиков и вазопрессоров, согревание и другие мероприятия не должны удлинять время транспортировки

на этап хирургической остановки кровотечения. На догоспитальном этапе при выявлении геморрагического шока нужно своевременно оповестить стационар, куда пациентка будет транспортирована для подготовки к хирургическому и консервативному лечению.

Перегоспитализация в другой стационар пациенток с продолжающимся кровотечением (или подозрении на него) **противопоказана**.

Приемное отделение:

1. Совместный осмотр: врачами акушером, анестезиологом-реаниматологом; заведующими структурными подразделениями родильного дома.

2. Геморрагический шок - ведение по протоколу N 2 "Интенсивная терапия геморрагического шока".

При АД более 100 мм рт. ст.; ЧСС менее 100 в мин. катетеризация периферической вены катетером большого диаметра 16 - 18 G.

3. Начать инфузионную терапию с целью превентивной терапии геморрагического шока: NaCl 0,9% (без гипотонии), препараты ГЭК 200/0,5 или 130/0,4 или гелофузин 500 мл (при гипотонии).

4. Обследование согласно базовому алгоритму.

5. Катетеризация мочевого пузыря.

6. Поднять на каталке в родильно-операционный блок.

Родильно – операционный блок.

ПРИ ГИПОТОНИЧЕСКОМ, АТОНИЧЕСКОМ ПОСЛЕРОДОВОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

(терапевтические мероприятия не более 15 - 20 минут!!)

1. Мобилизация всего свободного персонала.

2. Оценка объема кровопотери.

3. Согревание женщины (укрыть).

4. Катетеризация центральной вены или как минимум двух периферических катетером большого диаметра (14 - 16 G).

5. Катетеризация мочевого пузыря.

6. Одновременно в/в окситоцин 5 МЕ или 10 МЕ в/м + 10 МЕ на 0,9% - 400,0 NaCl (со скоростью 60 капель в минуту) или карбетоцин (пабал) 100мкг в/в и метилэргометрин 0,2 г (1 мл) на 20 мл 0,9% раствора NaCl в/в медленно или в/м (**противопоказан при тяжелой преэклампсии!!**) Максимальные дозы: окситоцин - 20 МЕ на 0,9% - 1000,0 NaCl в/в капельно со скоростью 60 капель в минуту (не более 3 л), метилэргометрин - до 5 доз (1,0 мг). Смена очереди утеротонических препаратов обусловлена клиническим эффектом.

7. Массаж матки через брюшную стенку.

8. Ручное обследование полости матки (кюретаж в исключительных случаях).

8. Бимануальная компрессия матки.

9. Внутриматочный баллон.
10. При остановке кровотечения: продолжить инфузионно-трансфузионную терапию (теплые растворы), согласно объему определенной кровопотери (см. таблицу 1). Бикарбонат натрия под контролем КОС.
11. Трансфузия СЗП 15 - 20 мл/кг при кровопотере более 1500 мл или менее, но в сочетании с нарушениями свертывания крови: АЧТВ более 60 сек.; тромбоциты менее 150×10^9 или антитромбин III менее 60%, тест Ли-Уайт < 7 мин.
12. Трансфузия эритромаcсы 500 мл при гемоглобине менее 70 г/л, гематокрите менее 0,25. Трансфузия эритромаcсы должна быть проведена через лейкоцитарный фильтр, желательна лейкоцит-обедненная маcса.
13. При продолжающемся кровотечении (при кровопотере более 1 л) - сдавление брюшной аорты (для транспортировки в операционную).
14. При продолжающемся кровотечении - лапаротомия.
15. Компрессионные швы (при наличии подготовленных хирургов), перевязка магистральных сосудов (маточных, яичниковых), перевязка внутренних подвздошных сосудов.
16. Гистерэктомия (по возможности должна быть проведена до нарушения гемодинамики!!).
17. При геморрагическом шоке тяжелой степени и технических трудностях хирургического гемостаза необходимо использовать *принцип «контроля за повреждением»* («damage control surgery»), который включает в себя следующие этапы:
- 1 этап - после выполнения лапаротомии кровотечение останавливается любым способом: сдавлением, наложением зажимов, лигатур, тампонадой и даже пережатием аорты.
 - 2 этап - анестезиолог-реаниматолог занимается стабилизацией основных функций организма, что происходит существенно быстрее и эффективнее, чем в условиях продолжающегося кровотечения, когда это адекватно осуществить просто невозможно.
 - 3 этап - после ликвидации шока врач акушер-гинеколог уже в принципиально другой клинической ситуации обеспечивает необходимый для данного случая хирургический гемостаз.

18. ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ ПО ПОВОДУ КРОВОТЕЧЕНИЯ - ЭНДОТРАХЕАЛЬНЫЙ НАРКОЗ (ТВВА + ИВЛ)

19. Применение органосберегающих технологий возможно только при наличии подготовленных хирургов, а также при стабильной гемодинамике у пациентки.

Категорически неприемлемо повторное применение методов, оказавшихся неэффективными при первом применении !!!

**ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ПО ПОВОДУ ПРЕДЛЕЖАНИЯ, ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ
ОТСЛОЙКИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ**

1. Влагалищное исследование (с осмотром шейки матки на зеркалах) в условиях развернутой операционной с целью уточнения диагноза, определение акушерской ситуации и объема кровопотери, решение вопроса о методе родоразрешения.

2. Мониторинг сердцебиения плода.

3. При часто повторяющихся небольших кровотечениях (по 50 мл три раза), однократной кровопотери 200 - 300 мл и более, профузном кровотечении, полном предлежании плаценты - оперативное родоразрешение.

4. Перевод на ИВЛ. Выбор метода анестезии - ЭТН (ТВВА + ИВЛ).

5. Катетеризация центральной вены или двух периферических вен катетером большого диаметра 16 - 18 G.

6. С целью профилактики возникновения кровотечения в послеродовом периоде в/в капельно окситоцин - 20 МЕ на 0,9% - 1000,0 NaCl со скоростью 60 капель в минуту.

7. После извлечения плода - оценка состояния нижнего сегмента, осмотр плаценты, места ее прикрепления, при трудном отделении от стенок нижнего сегмента, возможно истинном приращении, шеечном предлежании - расширение операции до экстирпации матки.

8. Периоперационный контроль: гемоглобин, гематокрит, тромбоциты, время свертывания по Ли-Уайту, КОС, коагулограмма.

9. Инфузионно-трансфузионная терапия согласно объему определенной кровопотери. Бикарбонат натрия 4% под контролем КОС при декомпенсированном метаболическом ацидозе и отсутствии гипернатриемии и гиперосмолярности.

10. Трансфузия СЗП (15 - 20 мл/кг) при сочетании: острой кровопотери более 1000 мл и нарушений свертывания: АЧТВ более 60 сек. и/или снижение уровня антитромбина III до 60%.

11. Трансфузия тромбоцитарной массы при уровне тромбоцитов менее $50 \cdot 10^9$ (решение должно быть принято при отсутствии иных причин тромбоцитопении и сохранении данных изменений в течение минимум 2 суток).

12. Трансфузия эритроцитной массы при кровопотере более 1000 мл, гемоглобине менее 70 г/л, гематокрите менее 0,25.

13. Протромблекс 600 1 - 2 дозы или рекомбинантный VII фактор свертывания (Коагил) 90-110мкг/кг под контролем клинического эффекта и показателей гемостаза.

14. Транексовая кислота (транексам) в дозе 15 мг/кг в/в, с повторным введением до 4 г в сутки.

15. При массивной кровопотере более 30% ОЦК, концентрации гемоглобина менее 70 г/л, уровне гематокрита менее 0,25 (любой из признаков) - продленная ИВЛ в условиях отделения реанимации не менее 6 часов. Перевод из операционной только при стабильном АД без инфузии вазопрессоров. Неадекватное по количеству и/или качеству инфузионно-трансфузионная терапия - показания для продления ИВЛ.

16. При объеме кровопотери до 1500 мл и остановленном кровотечении инфузионная терапия проводится в ограничительном режиме и вместе с

компонентами крови не должна превышать 200% от объема кровопотери. Стартовый раствор – кристаллоид, а при неэффективности – синтетические коллоиды. Компоненты крови используются только при подтвержденной коагулопатии (фибриноген менее 1,0 г/л, МНО, АПТВ более 1,5 от нормы, тромбоциты менее 50000 в мкл, гипокоагуляция на ТЭГ) и продолжающемся кровотечении.

17. При массивной, критической кровопотере более 1500-2000 мл соблюдается *протокол массивной трансфузии*: нужно как можно раньше (впервые 2 ч) начать введение компонентов крови (СЗП, эритроцитарная масса в соотношении 1:1), даже без лабораторного подтверждения, поскольку инфузия только плазмозаменителей в объеме более 2000 мл при таком объеме кровопотери уже вызывает дилуционную коагулопатию и увеличивает объем кровопотери, частоту ПОН и летальность. В этой ситуации значительно сокращает время для коррекции коагулопатии применение концентратов факторов свертывания крови или отдельных факторов. Стартовый раствор – кристаллоид, а при неэффективности – синтетические коллоиды. Регуляция параметров гемодинамики при необходимости осуществляется ранним применением вазопрессоров (норадреналин, адреналин, допамин) и инотропных препаратов (добутамин, левосимендан). При нестабильном состоянии гемодинамики препаратом выбора является норадреналин.

18. При продолжающемся кровотечении и артериальной гипотонии не нужно повышать систолическое АД более 90-100 мм рт.ст., так как это приведет к усилению кровотечения.

19. После окончания операции продленная ИВЛ показана:

- При нестабильной гемодинамике с тенденцией к артериальной гипотонии (сistol. АД \leq 90 мм рт. ст., необходимость введения вазопрессоров) – недостаточным восполнением ОЦК.
- Продолжающееся кровотечение.
- Уровень гемоглобина менее 70 г/л и необходимости продолжения гемотрансфузии.
- Сатурации смешанной венозной крови менее 70%.
- Сохраняющейся коагулопатии (МНО и АПТВ более чем в 1,5 раза больше нормы, фибриноген менее 1,0 г/л, количество тромбоцитов менее 50000 в мкл) и необходимости проведения заместительной терапии.

Продолжительность ИВЛ зависит от темпов достижения критериев положительного эффекта при массивной кровопотере и геморрагическом шоке.

20. При эффективной остановке кровотечения и интенсивной терапии критерии положительного эффекта при массивной кровопотере и геморрагическом шоке достигаются в течение 3-4 ч:

- Отсутствует геморрагический синдром любой локализации, характера и интенсивности;
- АД сист. более 90 мм рт.ст. без применения вазопрессоров (норадреналина);

- Уровень гемоглобина более 70 г/л.;
- Отсутствуют клинические и лабораторные признаки коагулопатии;
- Темп диуреза более 0,5 мл/кг/ч;
- Сатурация смешанной венозной крови более 70%;
- Восстанавливается сознание и адекватное спонтанное дыхание;

Если цели лечения кровопотери не достигаются в ближайшие 3-4 ч, сохраняется или вновь нарастает артериальная гипотония, анемия, олигурия то в первую очередь необходимо исключить продолжающееся кровотечение: повторный осмотр, УЗИ брюшной полости, забрюшинного пространства, органов малого таза.

В послеоперационном периоде:

1. Инфузионная терапия: не менее 30 мл/кг/сутки под контролем ЦВД, диуреза не менее 30 мл/час. Гемотрансфузия при гемоглобине менее 70 г/л, эритроцитах менее $2,0 \times 10^9$ /л, гематокрите менее 0,25. Подход к гемотрансфузии является индивидуальным!

2. Антибактериальная терапия: цефалоспорины I-III генерации + метрогил или защищенные пенициллины.

3. Профилактика тромбоэмболических осложнений: любой фракционированный гепарин 0,2 - 0,4 мл п/к, при наличии контроля свертывания - АЧТВ и времени свертывания через 10 часов после операции при восстановленном гемостазе.

4. Перевод родильницы на самостоятельное дыхание и экстубация при стабильном АД и хирургическом гемостазе, сатурации на спонтанном дыхании SpO_2 95 - 97%, отсутствии гипоксемии по данным КОС, скоррегированной анемии, отсутствии явлений остаточной медикаментозной седации, доступном продуктивном контакте. Рентгенография ОГК не должна иметь признаков острого повреждения легких.

ПРОТОКОЛ N 2

ДЕЙСТВИЯ ПЕРСОНАЛА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ, ГЕМОРАГИЧЕСКОМ ШОКЕ

Приемное отделение:

1. Совместный осмотр: врачом акушером, анестезиологом-реаниматологом; заведующих структурными подразделениями, оценка состояния пациента .

2. Катетеризация периферической вены катетером большого диаметра 14 - 16 G, при невозможности катетеризации периферической вены - катетеризация центральной вены.

3. Минимальный объем обследования по базовому протоколу.

4. Инфузионная терапия: стартовый раствор NaCl 0,9% - 1000 мл.

5. Оценка проходимости дыхательных путей и адекватности спонтанного дыхания.

6. Ингаляция кислорода.

7.Профилактика синдрома Мендельсона: церукал 2 мл в/в, лосек 40 мг или квамател 20 мг в/в.

8.Поднять на каталке в родильно-операционный блок.

9 Заказать одноклассные эритроциты 500 мл, СЗП 1000 мл.

Родильно-операционный блок:

1.Катетеризация мочевого пузыря.

2.Оценка состояния гемодинамики.

3.Влагалищное исследование в условиях развернутой операционной с целью уточнения диагноза, определение акушерской ситуации и объема кровопотери, решение вопроса о методе родоразрешения.

4.Обследование согласно базового алгоритма.

5.При клинико-лабораторных признаках геморрагического шока со снижением SpO_2 менее 90% и продолжающемся кровотечении перевод на ИВЛ.

6.Катетеризация центральной вены или двух периферических вен большого диаметра (14 - 16 G).

7.Инфузионно-трансфузионная терапия согласно объема определенной кровопотери (см. таблицу 1). Бикарбонат натрия под контролем КОС.

8.Преднизолон 90 - 150 - 300 мг в/в.

9.Транексамовая кислота (транексам) в дозе 15 мг/кг в/в, с повторным введением до 4 г в сутки.

10.При остановке кровотечения: по поводу гипотонического/атонического кровотечения: продолжить инфузионно-трансфузионную терапию, согласно объема определенной кровопотери и показателей гемодинамики (см. таблицу N 1).

11.Трансфузия СЗП (15 - 20 мл/кг) мл при кровопотере более 1000 мл в сочетании с нарушениями свертывания: АЧТВ более 60 сек.; тромбоциты менее 150×10^9 , снижении уровня антитромбина III менее 60%.

12. Трансфузия эритроцитов 500 мл, при гемоглобине менее 70 г/л, гематокрите менее 0,25.

13.При массивной кровопотере более 30% ОЦК, концентрации гемоглобина менее 70 г/л, уровне гематокрита менее 0,25 (любой из признаков) - продленная ИВЛ в условиях отделения реанимации не менее 6 часов. Перевод из операционной только при стабильном АД

В раннем послеоперационном периоде:

1. Инфузионная терапия: не менее 30 мл/кг/сутки, контроль ЦВД, диуреза не менее 30 мл/час, гемотрансфузия при гемоглобине менее 70 г/л, эритроциты менее $2,0 \times 10^9$ / л, гематокрит менее 0,25.

2. Антибактериальная терапия: цефалоспорины I-III генерации + метрогил или защищенные пенициллины.

3.Профилактика тромбоэмболических осложнений: любые фракционированные гепарины 0,2 - 0,4 мл п/к не ранее 8 часов после родов. Обязательным является надежный хирургический гемостаз и отсутствие

гипокоагуляции.

4. Перевод роженицы на самостоятельное дыхание и экстубация при стабильном АД и хирургическом гемостазе, сатурации на спонтанном дыхании SpO_2 95 - 97%, отсутствии гипоксемии по данным КОС, отсутствии явлений остаточной медикаментозной седации, доступном продуктивном контакте. Рентгенография ОГК не должна иметь признаков острого повреждения легких.

При продолжающемся гипотоническом кровотечении, кровотечении по поводу предлежания, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты алгоритм действий согласно ПРОТОКОЛА N 1

ПРОТОКОЛ N 3 БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

1. Перевод в отделение реанимации или в палату интенсивной терапии.
2. Катетеризация периферической вены 16 - 18 G.
3. Обследование согласно базового алгоритма.
4. Почасовой контроль диуреза.
5. Неинвазивный мониторинг: АД, ЧСС, ЭКГ, сатурация кислорода.
6. Ингаляция увлажненным кислородом.
7. Консультация окулиста, невролога.

Интенсивная терапия:

1. Противосудорожная терапия: нагрузочная доза сульфата магния 25% - 5 гр в/в (20мл) в течение 10 - 15 мин. В дальнейшем поддерживающая доза 1 - 2 г/час в течение 24 часов (желательно через перфузор).

2. Гипотензивная терапия: нифедипин 10 мг (под язык нежелательно, т.к. может вызвать неконтролируемую гипотонию, тахикардию у матери), возможно повторить через 20 мин (до 120 мг/сутки). При ЧСС более 100 уд./мин. – метопролол 25-100мг, 1-2 раза в сутки, а затем – нифедипин (пролонгируемые формы) до 120 мг/сутки, метилдопа до 2 гр/сутки. Возможно сочетание нифедипина с клофелином 0,075 мг/кг/сутки (уровень АД не ниже 140/90 мм рт. ст.).

При отсутствии эффекта от проводимой терапии, сохраняющемся АД более 170/110 мм рт. ст. и развитии отека легких - нитроглицерин в/в, методом титрования через перфузор под контролем АД (кратковременно до снижения АД на 10 - 15%). Нежелательно применять более 4 часов из-за риска развития отека головного мозга у матери и отрицательного воздействия на плод.

3. Инфузионная терапия в объеме до 15 мл/кг массы тела (кристаллоиды) только в качестве сред-носителей препаратов.

4 В случае отсутствия других показаний для экстренного родоразрешения (кровотечение) интенсивная терапия продолжается 6 - 24 час до стабилизации

гемодинамики (АД диастолического 90 - 100 мм рт. ст.), устранения головной боли, достижения противосудорожного эффекта.

5. Метод выбора обезболивания при родоразрешении - нейроаксиальные методы обезболивания, при отсутствии противопоказаний.

Интенсивная терапия продолжается 6 час. (в стационарах второй – третьей группы до 12 - 24 ч), в случае отсутствия других показаний для экстренного родоразрешения (кровотечение).

ПРОТОКОЛ N 4 ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ЭКЛАМПСИИ

Базисная терапия проводится в соответствии с протоколом N 3, объем обследования согласно базового алгоритма и дополнительно следующие мероприятия.

- 1.- Перевод в отделение реанимации.
2. При появлении очаговой неврологической симптоматики (парезы, параличи, анизокория) - консультация невролога и/или нейрохирурга для исключения патологии, требующей срочного нейрохирургического вмешательства. Компьютерная томография, МРТ, ЭхоЭЭГ.
3. Нагрузочная доза сульфата магния 25% - 20 мл (5 гр) в/в в течение 10 - 15 мин. В дальнейшем поддерживающая доза (желательно через перфузор) 1 - 2 г/час в течение 24 часов (под контролем рефлексов, дыхания, диуреза, ЧСС).
4. Если после введения нагрузочной дозы повторяется приступ судорог, повторно вводится болюсом сульфат магния 2 г в/в в течение 5 мин.
5. Сибазон 10 - 20 мг в/в при сохраняющемся судорожном синдроме.
6. В/в тиопентал натрия 150 - 300 мг при сохраняющемся судорожном синдроме.
7. Гипотензивная терапия (антагонисты кальция, клофелин, бета-блокаторы).
8. Инфузионная терапия в объеме до 10 - 15 мл/кг/сут. (кристаллоиды) только в качестве сред-носителей препаратов.
9. После снятия приступа судорог - предоперационная подготовка и немедленное родоразрешение.
10. Метод выбора анестезии - ЭТН или нейроаксиальные методы обезболивания при надежном контроле за судорожной готовностью и отсутствии абсолютных противопоказаний (тромбоцитопения, кровоизлияние, кровотечение, гнойничковые поражения кожи, органические поражения ЦНС, шок любого генеза).

После родоразрешения:

Если родоразрешение проводится в условиях общей анестезии, то непосредственно после операции необходима оценка неврологического статуса

при отмене миорелаксантов, а также седативной терапии. В случае восстановления сознания и отсутствия судорожной готовности, стабильной управляемой гемодинамики, отсутствии признаков десатурации и кровотечения - прекращение ИВЛ на фоне сохранения в/в введения магния сульфата 1 - 2 гр/час в течение 24 часов.

При сохранении коматозного состояния или судорожной готовности - продолжение ИВЛ в режиме принудительной синхронизированной вентиляции. Если после отмены миорелаксантов и всех седативных средств сознание не восстанавливается в течение 12 час., требуется консультация невролога и нейрохирурга и проведение магнитно-резонансной или компьютерной томографии. Перевод в отделение реанимации общего профиля.

ПРОТОКОЛ N 5 **ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, РАЗВИТИИ ОРДС/ОПЛ**

ОРДС/ОПЛ выставляется по шкале Мюррея.

1. Перевод в отделение реанимации. При неэффективности терапии в течение 12 часов, ухудшении состояния больной - перевод больной в отделение реанимации общего профиля.

2. Катетеризация центральной вены для контроля ЦВД.

3. Катетеризация мочевого пузыря.

4. Дополнительные лабораторные обследования:

- КОС и газы венозной и артериальной крови + осмолярность.

5. Дополнительные инструментальные обследования:

- Рентгенография легких, ЭКГ.

6. Интенсивная терапия:

- Срочное родоразрешение.
- Ограничение инфузии.
- Использование ГЭК 130/0,4 или гелофузин при признаках гиповолемии и гипотонии.
- Раннее начало (первые 12 - 24 часа) энтерального питания.
- Контроль ЦВД и почасового диуреза, нулевой баланс.
- ИВЛ на фоне седации и миоплегии с недопущением "борьбы с вентилятором".
- При сохранении признаков ОПЛ в первые 12 часов после родоразрешения
- перевод больной в отделение реанимации общего профиля.

ПРОТОКОЛ N 6 **ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

1. Перевод в отделение реанимации.
2. Катетеризация периферической вены.
3. Катетеризация мочевого пузыря.
4. Консультация хирурга, инфекциониста, гастроэнтеролога.
5. УЗИ печени и желчевыводящих путей.

Дополнительные лабораторные исследования:

1. Амилаза крови.
2. Свободный гемоглобин плазмы и мочи.
3. Щелочная фосфатаза.
4. ЛДГ, АЛТ, АСТ.
5. Исследование на носительство вирусов гепатитов (А, В, С, Е).

При появлении желтухи (билирубин более 30 мкмоль/л) на фоне преэклампсии решается вопрос о родоразрешении. Предоперационная подготовка в течение 6 час.

Интенсивная терапия:

1. Инфузионная терапия в объеме 30 - 40 мл/кг (глюкозо-солевые растворы, ГЭК 130/0,4) с умеренной стимуляцией диуреза фуросемидом 20 - 60 мг.
2. При ПТИ менее 70%, удлинения времени свертывания более 10 мин., концентрации фибриногена менее 1,5 г/л или уменьшении антитромбина III менее 60% - введение СЗП 15 - 20 мг/кг.
3. При концентрации альбуминов менее 20 г/л - инфузия альбумина 20% - 200 мл. Избегать применения 10 - 15% растворов альбумина.
4. Лосек 40 мг/сутки, квамател 20 мг в/в.
5. Родоразрешение в условиях общей анестезии.

При развитии геморрагического синдрома на фоне острой печеночной недостаточности:

1. СЗП не менее 15 - 20 мл/кг.
2. Концентрат тромбоцитов не менее 7 - 8 доз.
3. Гемотрансфузия.
4. Протоплекс - 600.
5. Рекомбинантный VII фактор свертывания (Коагил) 90-110мкг/кг
6. Викасол 2 - 4 мл в/в.

Перевод в отделение реанимации общего профиля в ближайшие 6 часов после родоразрешения.

ПРОТОКОЛ N 7

**ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ДВС-СИНДРОМА У ЖЕНЩИН
С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ И ЭКЛАМПСИЕЙ**

1. Перевод в отделение реанимации.
2. Катетеризация периферической вены.
3. Катетеризация мочевого пузыря.

Лабораторное обследование:

1. Время свертывания по Ли-Уайту.

2. Количество тромбоцитов.
3. Фибриноген.
4. ПДФ (продукты деградации фибрина).
5. Д-димеры.
6. ТВ (тромбиновое время).
7. РФМК (растворимые фибринмономерные комплексы).
8. ПТИ (протромбиновое время/индекс).
9. АЧТВ (активированное частичное тромбиновое время).
10. АТ III (антитромбин III).
11. XIIa-зависимый фибринолиз.

Оценить:

1. Степень активности тромбинового потенциала крови и признаки ДВС-синдрома крови;
2. Уровень потребления или разведения факторов коагуляционного каскада и тромбоцитов;
3. Уровень дефицита или накопления естественных или патологических антикоагулянтов;
4. Сохранения или отсутствие потенциальной гиперкоагуляции;
5. Состояние системы фибринолиза;
6. Функциональную активность тромбоцитов.

Интерпретация наиболее информативных и доступных лабораторных тестов гемостаза для диагностики ДВС-синдрома в акушерско-гинекологической клинике:

1. Определение свертывания крови по Ли-Уайту. В обычную пробирку вводится 1 мл крови, лучше самотеком, и фиксируется время свертывания при температуре 37С. При нормокоагуляции оно равно 4 - 7 мин., а при гиперкоагуляции уменьшается менее 4 минут. Его удлинение отмечается только при глубоких патологиях гемостаза.

2. АЧТВ - определяет дефицит факторов внутреннего механизма свертывания, таких как, XII, XI, IX, VIII, а также наличие в плазме крови их ингибиторов, гепарина. В этих случаях наблюдается удлинение времени АЧТВ. Укорочение АЧТВ указывает на гиперкоагуляцию.

3. ТВ - характеризует кинетику конечного этапа свертывания крови - скорость превращения фибриногена в фибрин. Удлинение ТВ может быть обусловлено гипофибриногенемией, дисфибриногенемией, повышенным содержанием в плазме ПДФ, присутствием в крови антикоагулянтов прямого действия.

4. Протромбиновое время или протромбиновый индекс - определяет активность или дефицит факторов протромбинового комплекса (VII, X, V, II) внешнего механизма коагуляции. Удлинение протромбинового времени при нормальном тромбиновом времени указывает на ингибцию внешнего пути активации свертывания крови, то есть дефицит XII, V, и II факторов. В настоящее время

определяют протромбиновое отношение.

5. Содержание фибриногена в плазме - снижение концентрации фибриногена наблюдается при катастрофическом и остром ДВС-синдроме, лечение фибринолитиками, а также при врожденных гипо- и дисфибриногенемиях.

6. Ортофенантролиновый тест - предназначен для количественного определения в плазме крови растворимых фибрин мономерных комплексов, являющихся маркерами внутрисосудистого свертывания, которые находятся в плазме в растворенном состоянии и не сворачиваются под действием тромбина.

7. Определение первичных физиологических антикоагулянтов - учитывается активность антитромбина III и протеина С. При дефиците антикоагулянтов в результате кровопотери или потреблении их уровень снижается, что способствует развитию тромбозов.

8. Фактор XIII - зависимый фибринолиз. Нарушения XIII - ЗФ обуславливаются изменениями уровня и степени активации компонентов основных плазменных протеолитических систем (свертывания, фибринолиза, каллекреин-кининовой и др.) в связи с тем, что этот вид фибринолиза опосредован через триггерную функцию XII фактора. При ДВС-синдроме отмечается закономерное угнетение XIII - ЗД, начинающееся уже в I его стадии.

9. Определение Д-димера (поздние продукты деградации фибрина). Уровень Д-димера повышается (более 500 нг/мл) при массивном внутрисосудистом свертывании крови.

10. Определение количества тромбоцитов и их агрегационная функция.

Диагностика стадий ДВС-синдрома

Параметры гемостаза	Норма	Гиперкоагуляционная стадия	Гипокоагуляционная стадия	
			Начальная гипокоагуляция	Терминальная гипокоагуляция
Ли-Уайт, мин.	5 - 7	< 5	> 5, сгусток рыхлый	сгусток не образуется
АЧТВ, сек.	контроль	< контроля	> контроля	сгусток не образуется
ТВ, сек.	контроль	< контроля	> контроля	сгусток не образуется
Протромбиновое время/индекс, %	80 - 100%	норма или >	< нормы	сгусток не образуется
Фибриноген, г/л	2,5 - 4	норма или >	норма или <	определяется в рептилазовом тесте
РФМК, мг/%	5 - 8	∧ 	∧ 	∧ ∨
АТ III, %	80 - 100	 ∨	 ∨	 ∨