

SOS

АКУШЕРСТВО

Преэклампсия и эклампсия

1

Оценить тяжесть ПЭ: АД, сознание, головная боль, судороги, одышка, боли в животе, кровотечение из родовых путей, сердцебиение плода

2

Обеспечить венозный доступ: периферическая вена

3

Ввести магния сульфат 25% 16 мл внутривенно медленно (за 10 мин) и 100 мл через инфузомат со скоростью 1 г/ч. (инфузия только раствора магния сульфат, разбавленная 0,9% – раствором натрия хлорида)

4

При АД выше 140/90 мм рт. ст. – гипотензивная терапия: метилдопа (250 мг внутрь до или после еды 2-3 раза в сутки, далее титрация доз по уровню АД), нифедипин (10 мг перорально)

5

При судорогах: обеспечить проходимость дыхательных путей

6

При отсутствии сознания и/или серии судорожных приступов – перевод на ИВЛ с тотальной миоплегией

7

При эвакуации пациентки с ПЭ/эклампсией линейной бригадой скорой медицинской помощи, последняя должна оповестить акушерский стационар, куда транспортируется больная

8

При ПЭ с жизнеугрожающими клиническими проявлениями необходимо решение вопроса о родоразрешении после стабилизации состояния матери, при возможности, после проведения профилактики РДС плода при сроке беременности менее 34 недель и перевода матери в акушерский стационар 3-й группы

Рекомендовано в стационаре наряду с клинической оценкой (включая рефлексy и клонус) выполнять следующие исследования:

- мониторинг АД
- повторные исследования протеинурии
- минимум два раза в неделю (при необходимости – чаще) анализы крови (гемоглобин, тромбоциты, АЛТ, АСТ, ЛДГ)
- тесты оценки функции почек, включая мочевую кислоту (при этом не использовать первую утреннюю мочу для количественной оценки протеинурии), почасовой диурез