
КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННОЕ РУКОВОДСТВО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ВЫЗВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Россия - США, 2001

ПРИОРИТЕТНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ КОМИТЕТА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

«ДОСТУПНОСТЬ КАЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ИНСТИТУТ ОРГАНИЗАЦИИ
И ИНФОРМАТИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ



ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АДМИНИСТРАЦИИ
ТВЕРСКОЙ
ОБЛАСТИ

ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И
СОЦИАЛЬНЫХ СЛУЖБ
СОЕДИНЕННЫХ ШТАТОВ
АМЕРИКИ

АГЕНТСТВО ПО
ПОЛИТИКЕ И
ИССЛЕДОВАНИЯМ В
ЗДРАВООХРАНЕНИИ

ПРОЕКТ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ
КАЧЕСТВА
УНИВЕРСИТЕТСКОЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ
КОРПОРАЦИИ /
ЦЕНТРА СОЦИАЛЬНЫХ СЛУЖБ
(США)





Данная публикация является общественным достоянием и может использоваться и воспроизводиться без разрешения трех организаций – создателей, но с соответствующей ссылкой. Работа над данной публикацией была выполнена в рамках контракта № HRN-C-00-96-90013-00, финансируемого Агентством США по международному развитию.

МЕЖПРАВИТЕЛЬСТВЕННАЯ РОССИЙСКО-АМЕРИКАНСКАЯ КОМИССИЯ ПО
ЭКОНОМИЧЕСКОМУ И ТЕХНОЛОГИЧЕСКОМУ СОТРУДНИЧЕСТВУ
ПРИОРИТЕТНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ КОМИТЕТА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
«ДОСТУПНОСТЬ КАЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»

КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННОЕ РУКОВОДСТВО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ВЫЗВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АДМИНИСТРАЦИИ ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
ОРГАНИЗАЦИИ И ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

ПРОЕКТ ПО УПРАВЛЕНИЮ КАЧЕСТВОМ
УНИВЕРСИТЕТСКОЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ КОРПОРАЦИИ /
ЦЕНТРА СОЦИАЛЬНЫХ СЛУЖБ (США)

АГЕНТСТВО США ПО МЕЖДУНАРОДНОМУ РАЗВИТИЮ

ТВЕРСКАЯ ОБЛАСТЬ

2001 г.

Предисловие

Разработка данного клинико-организационного руководства была проведена в рамках приоритетного направления деятельности “Доступность качественной медицинской помощи” Комитета по здравоохранению Российско-Американской Межправительственной комиссии по экономическому и технологическому сотрудничеству.

С российской стороны в сотрудничестве принимали участие Министерство здравоохранения Российской Федерации, Центральный научно-исследовательский

институт организации и информатизации здравоохранения МЗ РФ (ранее НПО «Медсоцэкономинформ») и Департамент здравоохранения Администрации Тверской области.

С американской стороны работа выполнялась Проектом по управлению качеством Университетской исследовательской корпорации / Центра социальных служб (QAP-URS/CHS) и Агентством по исследованиям в здравоохранении и качеству (AHCRO).

Проект финансировался Агентством США по международному развитию (USAID).

Клиническая проблема: Гипертензия, вызванная беременностью

Название документа: Клинико-организационное руководство для лечения женщин с гипертензией, вызванной беременностью

Этапы оказания помощи:

1. Женская консультация
2. Палата патологии беременности
3. Родильное отделение
4. Палата интенсивной терапии

Учреждения, использующие руководство:

- ◆ Родильный дом №1 г. Твери
- ◆ Родильный дом и ЖК Вышневолоцкой ЦРБ
- ◆ Детская городская больница г. Вышнего Волочка
- ◆ Родильное отделение и ЖК Торжокской ЦРБ

Этап проекта: II Фаза – распространение результатов I фазы проекта

Дата создания: 28 июля 1999 г.

Дата внесения изменений: 2001 г.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Руководители, медицинские работники и консультанты, принимавшие участие в разработке клинико-организационного руководства	1
1.1 Разработчики руководства	1
1.2 Команда поддержки разработки руководства (организационные и клинические вопросы)	2
1.3 Руководители, оказавшие поддержку в проведении работы	3
2. Список сокращений	3
3. Определения	4
4. Введение	5
4.1 Общие положения	5
4.2 Цель разработки и внедрения руководства	5
4.3 Методика разработки руководства.	6
4.4 Предназначение и область применения руководства	8
4.4.1 Клиническое описание предмета руководства	8
4.4.2 Целевые группы - для кого применимо руководство и в каких случаях	10
4.4.3 Кто использует руководство	10
4.4.4 Ожидаемые результаты применения клинико-организационного руководства	10
5. Организация медицинской помощи в целом по руководству на всех этапах для всех целевых групп.	11
5.1 Алгоритм лечения гипертензии, вызванной беременностью	11
5.2 Описание этапов процесса	12
5.3 Обеспечение процесса оказания медицинской помощи	12
5.3.1 Персонал	12
5.3.2 Медикаменты	12
5.3.3 Оборудование	13
6. Медицинская помощь при развитии гипертензии, вызванной беременностью, различных степеней тяжести.	14
6.1 Гипертензия, вызванная беременностью, без значительной протеинурии (МКБ–10 - O13)	14
6.1.1 Критерии степени тяжести	14
6.1.2 Кто проводит амбулаторное наблюдение	14
6.1.3 Амбулаторное ведение	14
6.1.4 Критерии перехода к ведению беременной по алгоритмам для других степеней тяжести ГВБ	15

6.2	Гипертензия, вызванная беременностью, со значительной протеинурией (МКБ–10 – О14.0). Преэклампсия средней тяжести (МКБ–10 – О14.0)	16
6.2.1	Критерии	16
6.2.2.	Где и кто оказывает помощь	16
6.2.3.	Амбулаторное ведение.	16
6.2.4.	Критерии госпитализации:	18
6.2.5.	Лечение в стационаре (консервативное)	18
6.2.6.	Тактика ведения беременной с ГВБ со значительной протеинурией, с преэклампсией средней тяжести.	19
6.2.7	Критерии перехода к ведению беременной по алгоритмам других степеней тяжести ГВБ	20
6.3	Гипертензия, вызванная беременностью, со значительной протеинурией (МКБ–10 – О14.1). Тяжелая преэклампсия (МКБ–10 - О14.1)	20
6.3.1	Критерии:	20
6.3.2.	Госпитализация и родоразрешение.	21
6.3.3.	Лечение:	21
6.3.4.	Техника проведения магниальной терапии	22
6.3.5.	Родоразрешение	24
6.4	Эклампсия (МКБ–10 – О15)	24
6.4.1	Критерии:	24
6.4.2.	Где и кто оказывает помощь	24
6.4.3	Лечение	24
6.5	Лечение родильниц с диагнозом ГВБ, выставленным сразу после родов	26
6.6	Рекомендации на момент выписки из родильного дома.	27
6.7	Наблюдение за женщиной, перенесшей ГВБ, после выписки из родильного дома.	27
6.8	Протокол сестринской помощи при преэклампсии и лечении сульфатом магния	27
	Библиография	29

1. Руководители, медицинские работники и консультанты, принимавшие участие в разработке клинико-организационного руководства

1.1 Разработчики руководства

Координационный комитет

Злобин Александр Николаевич, к.м.н. – начальник Департамента здравоохранения Администрации Тверской области (ДЗАТО), заведующий кафедрой организации здравоохранения факультета постдипломного образования Тверской Государственной медицинской Академии (ТГМА)

Самошкина Лидия Константиновна, к.м.н. – руководитель отдела лечебно-профилактической помощи женщинам и детям ДЗАТО (тел.: 7+(0822) 33 11 93)

Гвиниашвили Татьяна Прокофьевна – главный акушер-гинеколог ДЗАТО

Дмитриева Татьяна Филипповна, заслуженный врач РФ – главный неонатолог ДЗАТО

Акопов Эдуард Сергеевич – главный педиатр ДЗАТО

Курасов Валерий Кириллович, заслуженный врач РФ – главный врач Детской областной клинической больницы (ДОКБ)

Климов Михаил Валерьевич – заместитель главного врача Вышневолоцкой ЦРБ по детству и родовспоможению

Ильченко Андрей Дмитриевич – главный врач Городской детской больницы №1 г. Твери

Колгушкин Геннадий Алексеевич, к.м.н. – главный врач Родильного дома №1 г. Твери

Герасимова Валерия Петровна – заведующая родильным отделением Торжокской ЦРБ

Раскуратов Юрий Васильевич, д.м.н., профессор – заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ТГМА

Качан Ольга Анатольевна – заведующая отделом защиты прав застрахованных Тверского фонда обязательного медицинского страхования

Вышневолоцкая ЦРБ

Тимохина Любовь Петровна – зам. главного врача ЦРБ по акушерству

Степанов Сергей Васильевич – зав. акушерским отделением род. дома

Лукашова Наталья Николаевна – врач акушер-гинеколог

Калинин Дмитрий Геннадьевич – зав. женской консультацией

Торжокская ЦРБ

Румянцев Юрий Николаевич – врач акушер-гинеколог родильного отделения

Дмитриева Людмила Владимировна – зав. женской консультацией

Павлова Ирина Александровна – врач акушер-гинеколог женской консультации

Колосова Светлана Алексеевна – врач акушер-гинеколог женской консультации

Боброва Ирина Валерьевна – врач акушер-гинеколог женской консультации

Астахова Галина Георгиевна – врач анестезиолог-реаниматолог

Родильный дом №1 города Твери

Завгородний Николай Петрович – зав. гинекологическим отделением

Виноградова Людмила Васильевна – зав. первым акушерским отделением

Корсакова Ольга Петровна – зав. женской консультацией

Орлова Лидия Николаевна – зав. вторым акушерским отделением.

Шишков Юрий Константинович – зав. отделением анестезиологии-реанимации

Карпова Ольга Владимировна – врач-неонатолог

Козлов Вячеслав Геннадьевич – врач анестезиолог-реаниматолог

1.2 Команда поддержки разработки руководства (организационные и клинические вопросы)

Чернобровкина Ольга Викторовна – координатор проекта (Тверь), заместитель главного врача по качеству Детской областной клинической больницы Тверской области (тел. 7+(0822) 33 73 94)

Короткова Анна Владимировна, к.м.н. – директор проекта (Москва), руководитель Научно-методического центра по управлению качеством, ЦНИИОИЗ МЗ РФ (тел.:7+(095) 219 19 88)

Рашад Массуд (Rashad Massoud), доктор медицины, магистр здравоохранения, – менеджер проекта (Бетезда, США), старший советник по управлению качеством, Проект по управлению качеством Университетской исследовательской корпорации/Центра социальных служб (QAP-URC/CHS), США

Патрик Нуджент (Patric Nugent), доктор медицины - консультант проекта в области акушерства и гинекологии, QAP-URC/CHS

Полин Глатлейдер (Pauline Glatleider), CNM, MN – медсестра, консультант проекта в области неонатальной сестринской помощи, QAP-URC/CHS

Серов Владимир Николаевич, д.м.н., профессор, академик РАМН, – главный акушер-гинеколог МЗ РФ

Шарапова Елена Ивановна, д.м.н. – специалист проекта в области акушерства и гинекологии, главный научный сотрудник ЦНИИОИЗ МЗ РФ

Кэтрин Макаулэй (Catharine MaccAulay), магистр, медсестра – старший советник по управлению качеством QAP-URC/CHS

Джоли Ренке (Jolee Reinke), магистр, медсестра – руководитель отдела обучения, QAP-URC/CHS

Платнова Елена Анатольевна, магистр, переводчик, QAP-URC\CHS

Кербиков Олег Борисович, технический координатор проекта QAP- URC\CHS

Георгий Григорьевич Пигнастый – переводчик, QAP-URC/CHS

Ирина Анатольевна Крюкова – переводчик, QAP-URC/CHS

Конни Лира (Connie Lira), бакалавр – координатор проекта, QAP-URC/CHS

Ребекка Хейдеман (Rebecca Heideman), бакалавр, магистр – координатор проекта QAP-URC/CHS

Эшли Левис, бакалавр – координатор проекта, QAP-URC/CHS

Дженифер Шабаханг – специалист по управлению качеством проекта, QAP-URC/CHS

Ким Эттер, бакалавр, магистр – координатор проекта, QAP-URC\CHS

Наталья Владимировна Сурова – Администратор проекта в России QAP-URC/CHS

1.3 Руководители, оказавшие поддержку в проведении работы

Зелинская Дина Ильинична, д.м.н., профессор – начальник Управления охраны здоровья матери и ребенка МЗ РФ

Стародубов Владимир Иванович, д.м.н., профессор, член-корреспондент РАМН – директор ЦНИИОИЗ МЗ РФ

Джон Айзенберг (John Eisenberg), доктор медицины – директор Агентства по исследованиям в здравоохранении и качеству (АНCRQ)

Комаров Юрий Михайлович, д.м.н., профессор, засл. деятель науки РФ, член-корреспондент Академии естественных наук

Конни Карино (Connie Carrino) – руководитель отдела преобразований в социальном секторе, USAID

Дэвид Николас (David Nicholas), доктор медицины – Директор QAP-URC/CHS

Гурвич Елена Борисовна, д.м.н. – менеджер проекта по улучшению качества медицинской помощи, USAID

Кэрри Пелзман (Kerry Pelzman), MPH – руководитель отдела здравоохранения, USAID

Страница Проекта в Интернете:
www.healthquality.ru

2. Список сокращений

АД	артериальное давление
в/в	внутривенное введение
в/м	внутримышечное введение
г	граммы
ГВБ	гипертензия, вызванная беременностью
Гл. врач	главный врач
ДВЛ	диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови
ЖК	женская консультация
ЛПУ	лечебно-профилактическое учреждение
мг	миллиграммы
МКБ-10	Международная классификация болезней десятого пересмотра
мм.рт.ст.	миллиметры ртутного столба
мл	миллилитры
ПИТ	палата интенсивной терапии
РДС	Респираторный дистресс-синдром
см.	смотри
УЗИ	ультразвуковое исследование
ФАП	фельдшерско-акушерский пункт
ЦНС	центральная нервная система
ЦРБ	центральная районная больница
ЧД	частота дыхания
ЧСС	частота сердечных сокращений
ЭКГ	электрокардиография

3. Определения

Гипертензия, вызванная беременностью (Гестоз) – общее название состояний, вызванных беременностью, характеризующихся развитием гипертензии с протеинурией или отеками, или тем и другим, и проявляющихся во второй половине беременности или в течение первой недели после родов (преимущественно первых 48 часов), а при тяжелых формах – отеком мозга и судорогами.

Клиренс креатинина – скорость очищения крови от креатинина.

Клонус – серия быстрых ритмичных сокращений мышцы или группы мышц, развивающихся при крайней степени повышения сухожильных рефлексов.

Корригирующая гимнастика – лечебная гимнастика, направленная на исправление той или иной патологии. В данном случае – комплекс упражнений, направленных на улучшение кровообращения в системе нижней полой вены и маточно-плацентарного кровообращения (см. далее пункт 6.1.3).

Лечебно-охранительный режим (полупостельный режим) – режим поведения больного, регламентирующий в соответствии с медицинскими показаниями ограничение физического и психического напряжения.

Лечебно-охранительный режим (постельный режим) – режим поведения больного, регламентирующий в соответствии с медицинскими показаниями исключение физического напряжения и психологический покой.

Полипрагмазия – одновременное назначение множества лекарственных средств.

Преэклампсия – состояние, вызванное беременностью, характеризующееся развитием гипертензии с протеинурией или отеками, или и тем и другим, и проявляющееся во второй половине беременности или в течение первой недели после родов (преимущественно первых 48 часов).

Протеинурия – наличие белка в моче в количестве более 300 мг в сутки.

Пятый тон Короткова – фаза исчезновения звука при определении диастолического артериального давления.

Родоразрешение искусственное – инструментальное, медикаментозное, ручным способом завершение беременности или родового акта.

Эклампсия – развитие одного или более приступов судорог у пациентки с гипертензией, вызванной беременностью.

HELLP – синдром, проявляющийся микроангиопатической гемолитической анемией, повышением концентрации печеночных ферментов в плазме, снижением числа тромбоцитов у беременных.

4. Введение

4.1 Общие положения

Данное клинико-организационное руководство – один из практических результатов демонстрационного проекта по обеспечению качеством. Руководство описывает клинические и организационные аспекты оказания медицинской помощи при ГВБ. Но очень важно заметить, что данное руководство является неотъемлемой частью всего процесса улучшения качества, который включает:

- ◆ Планирование Проекта по улучшению качества
- ◆ Определение участников; определение ЛПУ для участия в Проекте и формирование команд
- ◆ Обучение теории обеспечения качества, навыкам работы в команде и клиническим аспектам ГВБ
- ◆ Описание существующей системы оказания медицинской помощи при ГВБ
- ◆ Описание существующей клинической практики при ГВБ
- ◆ Разработка клинико-организационного руководства
- ◆ Расширение функциональных и структурных возможностей системы здравоохранения по применению клинико-организационного руководства при оказании медицинской помощи при ГВБ
- ◆ Создание соответствующего набора индикаторов для осуществления мониторинга изменений
- ◆ Апробирование новой системы оказания медицинской помощи и внесение при необходимости дальнейших изменений
- ◆ Мониторинг индикаторов качества по ходу выполнения проекта

Опыт разработчиков руководства показывает, что только разработка клинико-организационных руководств не

приводит к улучшению качества, т.к. улучшение качества должно включать весь процесс усовершенствований, в том числе разработку, апробирование, использование и усовершенствование клинико-организационного руководства. Авторы рекомендуют обращать особое внимание на вопросы адаптации, распространения и внедрения клинико-организационного руководства при проведении широкомасштабных мероприятий по улучшению качества медицинской помощи.

Содержание руководства соответствует имеющимся данным доказательной медицины на момент разработки этого документа. Руководство отвечает существующим организационным, технологическим, финансовым, культурным и другим условиям Тверской области, где оно было разработано.

4.2 Цель разработки и внедрения руководства

Одной из важнейших проблем, стоящих перед органами управления здравоохранением Тверской области, является проблема гипертензии, вызванной беременностью (особенно – тяжелых клинических форм), вопросы ее диагностики и лечения. ГВБ вызывает наибольшее число осложнений беременности и служит причиной рождения недоношенных детей, высоких показателей перинатальной заболеваемости и смертности. Ведение беременных с ГВБ, лечение, повторные госпитализации, осложненные роды, высокая доля недоношенных и больных детей при данной патологии требуют значительных экономических затрат в акушерстве и неонатологии. Кроме того, ГВБ может быть причиной материнских смертей.

В Тверской области в 1997 году доля сочетанных и «чистых» гестозов (по МКБ-9) от всех заболеваний беременных

составила – 18,1%, в том числе тяжелых форм – 4,3%, а за 6 месяцев 1998 года (соответственно) – 16,3% и 3,2%.

Цель разработки клинико-организационного руководства – создание новой системы диагностики, ведения и лечения ГВБ.

Имеющиеся достижения и недостатки организации медицинской помощи для лечения этого состояния в Тверской области были тщательно изучены и проанализированы с помощью экспертов и консультантов, как из России, так и зарубежных. Разработанное клинико-организационное руководство является основополагающим документом оказания медицинской помощи на всех этапах.

4.3 Методика разработки руководства.

Основным требованием к разработке клинико-организационного руководства, принятым разработчиками, было использование данных доказательной медицины. Поэтому статьи, учебные пособия, публикации и другие источники информации, использованные при создании руководства, отбирались в соответствии со степенью их доказательности, что особенно важно для российской системы здравоохранения, у которой были и остаются трудности в получении полной и современной информации. Министерство здравоохранения Российской Федерации в последнее время уделяет большое внимание распространению идеи и внедрению в практику принципов доказательной медицины.

Настоящая работа базируется на принципах непрерывного улучшения качества Пола Баталдена (Paul Batalden). Метод объединяет клинические знания по проблеме и теорию улучшения, создавая мощное средство непрерывного улучшения качества в здравоохранении. Клинико-организационное руководство было разработано как неотъемлемая часть и один из результатов Проекта по улучшению

качества. При этом были использованы принципы, применяемые в работе проектов по улучшению процессов. Они включают системный подход, работу в команде, сосредоточенность на потребностях пациента и научную методологию познания. Основываясь на этой методике и принципах управления качеством, д-р Рашад Массуд (Rashad Massoud) (Проект по управлению качеством Университетской исследовательской корпорации/Центра социальных служб) разработал изначальную методику, использованную и развитую в сотрудничестве с российскими коллегами в этой работе.

Основные этапы данной методики:

1) изучение существующей системы оказания медицинской помощи;

Команда медицинских работников, вовлеченных в обсуждаемый процесс оказания медицинской помощи, подробно разбирает существующие организацию системы и процесс оказания помощи. Члены команды обсуждают и согласовывают свое понимание процесса и к концу этого этапа представляют его в виде подробного алгоритма или нескольких алгоритмов.

2) определение клинического содержания проблемы на каждом этапе процесса оказания медицинской помощи;

Команда тщательно разбирает процесс оказания медицинской помощи и на каждом этапе четко определяет его клиническую составляющую. Клиническое содержание может быть представлено в виде клинических определений, критериев постановки диагноза, алгоритмов принятия решений по различным клиническим вопросам, клинических руководств и т.д. Описание клинического содержания должно соответствовать этапам, отображенным в построенных на первом этапе алгоритмах. Разногласия по клиническому содержанию необходимо регистрировать.

3) обзор литературных данных доказательной медицины по клинической проблеме;

Готовится обзор литературы и материалов доказательной медицины по клиническим аспектам. Затем материалы представляются на семинаре для обсуждения. Члены команды разработчиков совместно с экспертами обсуждают определения, основные понятия, данные доказательной медицины по результатам использования различных клинических технологий в мире. Команда высококвалифицированных экспертов по терапии, кардиологии и организации института врачей общей практики из России и США поддержали эту клиническую часть разработки клинико-организационного руководства. А эксперты по обеспечению качества медицинской помощи оказывали поддержку всему процессу разработки клинико-организационного руководства и увязывания клинического и организационного аспектов новой системы оказания медицинской помощи.

4) обновить клиническое содержание руководства в соответствии с новыми знаниями по доказательной медицине;

Команда проекта возвращается к обсуждению существующих систем и процессов и пересматривает их в свете новых данных, обсужденных на семинаре. Цель данного этапа – решить, какой клинический аспект нуждается в изменении или обновлении, чтобы соответствовать технологиям, обеспечивающим лучшие результаты. Изменения в клиническом содержании обсуждаются и пересматриваются в свете понимания реально существующей системы здравоохранения. Данный этап, возможно, самая трудная часть работы, поскольку она предполагает изменение существующей клинической практики. Именно поэтому, очень важно включение в команду всех заинтересованных сторон: врачей общей практики, их медсестер, специалистов поликлиники и диагностического центра, организаторов здравоохранения и руководителей, которые будут отвечать за

обеспечение изменений в клинической практике. Команда принимает решение о необходимых изменениях существующей клинической практики. Возможно издание соответствующих инструкций и приказов.

5) внести изменения в систему оказания медицинской помощи для обеспечения возможности выполнения новой клинической технологии;

Организация оказания медицинской помощи и ее изменение также пересматривается по мере внесения клинических изменений. Цель данной работы - изменение существующей системы таким образом, чтобы появилась возможность внедрить в практику новое клиническое содержание. На первый взгляд, этот подход может показаться очень простым. Однако в реальной жизни, в какой степени команда может принять решение о том, что может быть изменено, а что останется без изменений в системе оказания медицинской помощи, представляет гораздо более трудный вопрос. Для решения этого вопроса требуется проводить постоянные обсуждения и переговоры между членами команды и руководством. К концу данного этапа разрабатываются новые алгоритмы с приложениями, описывающими обновленный клинический материал.

6) разработать индикаторы для проверки изменений в клинической практике и в системе оказания медицинской помощи;

Клинико-организационные руководства вместе с другими составляющими работы являются неотъемлемой частью улучшения качества медицинской помощи. Разработка индикаторов качества представляет одну из частей этого процесса и позволяет нам проводить мониторинг изменений процессов и результатов. Как только новые клинико-организационные руководства и система оказания медицинской помощи разработаны, индикаторы разрабатываются таким образом, чтобы они отражали важные изменения в новой системе оказания медицинской помощи и ее клиническом содержании.

4.4 Предназначение и область применения руководства

Данное клинико-организационное руководство предназначено для четкой регламентации действий медицинского персонала и организации медицинской помощи при гипертензии, вызванной беременностью (ГВБ).

4.4.1 Клиническое описание предмета руководства

Классификация и диагностические критерии

Гипертензивные расстройства у беременных – наиболее часто встречающиеся осложнения в мировой акушерской практике. До настоящего времени не достигнуто единого мнения по вопросам определений и классификации этих расстройств. При разработке данного руководства использована Международная классификация болезней десятого пересмотра (МКБ-10).

Настоящее руководство применимо только для **гипертензивных расстройств, вызванных беременностью, согласно рубрикам O13, O14, O15 МКБ–10** (исключая подрубрики O14.9 и O15.9) (см. табл. 4.1), но не распространяется на заболевания, указанные в рубриках: **O10** «Существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период», **O11** «Существовавшая ранее гипертензия с присоединившейся протеинурией», **O12** «Вызванные беременностью отеки и протеинурия без гипертензии».

Состояния, относимые по российским классификациям к атипичным формам гестоза, такие как HELLP–синдром и острый жировой гепатоз также не рассматриваются в настоящем руководстве. Но риск смертельного исхода при этих состояниях велик, и возникновение признаков указанных состояний у беременных с ГВБ требуют адекватных немедленных действий.

Таблица 4.1 Классификация гипертензивных расстройств, вызванных беременностью, согласно МКБ–10 (O13-O15)

O13 Вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии Вызванная беременностью гипертензия, БДУ (без дополнительных указаний) Легкая преэклампсия [нефропатия легкой степени]
O.14 Вызванная беременностью гипертензия со значительной протеинурией O14.0 Преэклампсия [нефропатия]средней тяжести O14.1 Тяжелая преэклампсия [нефропатия] O14.9 Преэклампсия [нефропатия] неуточненная
O15 Эклампсия O15.0 Эклампсия у беременной O15.1 Эклампсия в родах O15.2 Эклампсия в послеродовом периоде O15.9 Эклампсия неуточненная по срокам. Эклампсия БДУ

Диагностические критерии ГВБ различных степеней тяжести, определенные согласно МКБ-10 и используемые в данном руководстве, приведены в табл. 4.2 Данные диагностические критерии основываются на обзоре последних мировых клинических данных.

Измерение артериального давления

Правильное и точное измерение АД у беременных является обязательным для постановки диагноза ГВБ. АД рекомендуется измерять в положении сидя, используя соответствующий размер манжеты. Повторные измерения проводятся через 6 часов, после отдыха. Рекомендуется использовать пятый тон Короткова (исчезновение звука) для регистрации диастолического АД (при Рабочей группы Вышнего Артериального Давления, 1990).

Сульфат магния

В мировой клинической практике доказано использование сульфата магния как препарата выбора при лечении эклампсии. Лечение преэклампсии сульфатом магния оказалось более эффективным, чем лечение фенитоином. (4 успешных испытания, участвовали 823 женщины) или диазепамом (5 успешных испытаний, участвовали 1 236 женщины) (Duley, L. et. al. The Cochrane Library, Issue 1, 2000. Oxford: Update Software; and Duley, 1995).

В России существует столетняя практика внутримышечного использования сульфата магния для профилактики и лечения эклампсии (метод Бровкина).

Контролируемые клинические испытания и практика последних лет в США позволила

Таблица 4.2. Критерии гипертензии, вызванной беременностью (ГВБ) (O13 – O15 по МКБ–10).

<p>Гипертензия, вызванная беременностью, без значительной протеинурии (O13)</p> <p>Вызванная беременностью гипертензия БДУ</p> <p>Легкая степень преэклампсии</p>	<p>Артериальное давление выше или равно 140/90 мм.рт.ст., но менее 160/110 мм.рт.ст., измеренное после 6 часов отдыха. Или повышение систолического давления более, чем на 30 мм.рт.ст., а диастолического более, чем на 15 мм.рт.ст. от исходного (исходным считается давление измеренное до 16 недель гестации). Нет отеков лица и рук, суточная протеинурия менее 0,3 г.</p>
<p>Гипертензия, вызванная беременностью, со значительной протеинурией (O14)</p> <p>Преэклампсия средней тяжести (O14.0)</p>	<p>Артериальное давление выше или равно 140/90 мм.рт.ст., но менее 160/110 мм.рт.ст., измеренное после 6 часов отдыха. Или повышение систолического давления более чем на 30 мм.рт.ст., а диастолического более чем на 15 мм.рт.ст. от исходного (исходным считается давление измеренное до 16 недель гестации). Протеинурия более 0,3 г, но менее 5 г в сутки. Отеки лица и рук могут быть.</p>
<p>Гипертензия, вызванная беременностью, со значительной протеинурией (O14)</p> <p>Тяжелая преэклампсия (O14.1)</p>	<p>Артериальное давление выше или равно 160/110 мм.рт.ст., измеренное после 6 часов отдыха. Протеинурия более или равная 5 г в сутки. Могут быть отеки лица и рук.</p>
<p>Эклампсия (O15)</p>	<p>Наличие одного или более судорожных припадков на фоне преэклампсии.</p>

включить в данное руководство метод внутривенного лечения преэклампсии сульфатом магния с целью профилактики судорожных приступов (The American College of Obstetrics and Gynecology includes prophylactic MgSO₄ treatment in the ACOG Technical Bulletin: Hypertension in Pregnancy, Number 219-January, 1996.).

Настоящее клиническое руководство рассматривает внутривенное применение сульфата магния для профилактики судорог при преэклампсии и лечения эклампсии.

4.4.2 Целевые группы - для кого применимо руководство и в каких случаях

Данное руководство применимо для обследования и последовательного наблюдения беременных с ГВБ с целью ранней диагностики, ведения, лечения и профилактики тяжелых форм и ведения родильниц с ГВБ в послеродовом периоде.

4.4.3 Кто использует руководство

Руководство предназначено для акушерок, врачей акушеров-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов и терапевтов. Его можно использовать для учреждений различного уровня, оказывающих медицинскую помощь

беременным, начиная от женской консультации до родильных отделений и родильных домов. Руководство является основополагающим документом по организации системы оказания медицинской помощи беременным с ГВБ для органов управления здравоохранением всех уровней.

4.4.4 Ожидаемые результаты применения клиничко-организационного руководства

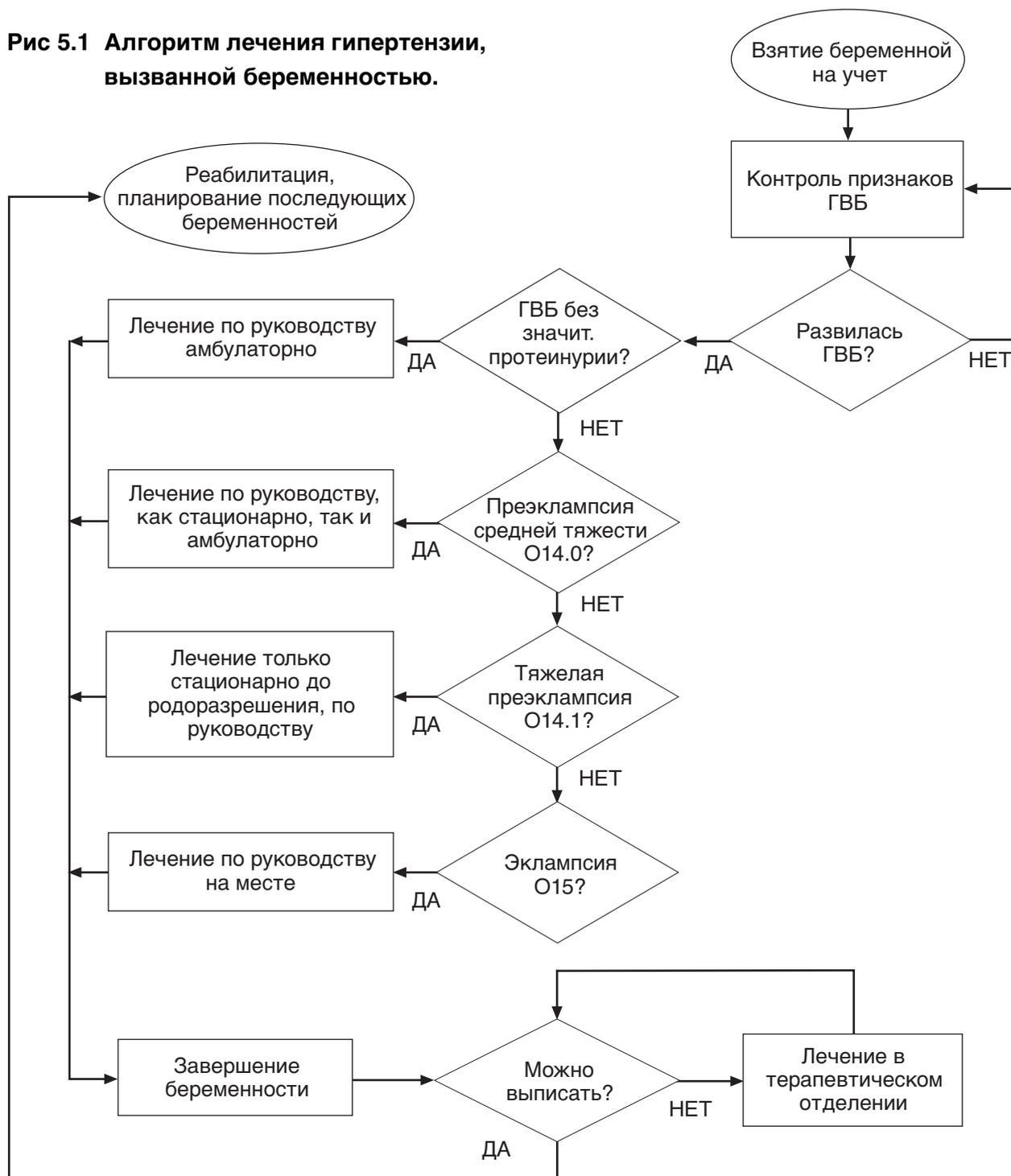
- ◆ Создание в Тверской области единого технологического подхода к диагностике, ведению, лечению и профилактике ГВБ.
- ◆ Снижение материнской заболеваемости и смертности от гипертензии, вызванной беременностью.
- ◆ Снижение ранней неонатальной и неонатальной смертности у младенцев, рожденных от матерей с ГВБ.
- ◆ Обучение персонала методике непрерывного улучшения качества в системе оказания помощи беременным.
- ◆ Создание единого понимания качества медицинской помощи у всего медицинского персонала.
- ◆ Повышение эффективности и сокращение затрат на лечение ГВБ.

5. Организация медицинской помощи в целом по руководству на всех этапах для всех целевых групп.

5.1 Алгоритм лечения гипертензии, вызванной беременностью.

Алгоритм, включающий все этапы помощи при всех степенях тяжести ГВБ, представлен на рис.5.1. Подробные алгоритмы этапов

Рис 5.1 Алгоритм лечения гипертензии, вызванной беременностью.



при различных степенях будут представлены далее в соответствующих пунктах раздела 6.

5.2 Описание этапов процесса

Согласно данному руководству медицинская помощь оказывается двум группам: беременным с ГВБ и родильницам с ГВБ в послеродовом периоде. Оказание медицинской помощи представлено в виде последовательности следующих этапов:

1. Женская консультация.
 - 1.1. Оценка состояния беременной, установление диагноза.
 - 1.2. Создание плана обследования и плана ведения беременности у беременных группы риска, наблюдение и оценка состояния беременной, решение вопроса о выборе тактики ведения.
 - 1.3. Лечение легкой формы ГВБ.
2. Родильное отделение (родильный дом).

- 2.1. Палата патологии беременных – лечение тяжелых форм ГВБ.
- 2.2. ПИТ или отделение реанимации – лечение эклампсии.
3. Реабилитация родильниц после ГВБ в терапевтическом отделении, поликлинике, женской консультации, обучение планированию следующей беременности.

5.3 Обеспечение процесса оказания медицинской помощи

5.3.1 Персонал

Акушер-гинеколог, акушерка, персонал ПИТ (круглосуточно), врач-анестезиолог-реаниматолог, невропатолог, неонатологи, врачи-консультанты (офтальмолог, кардиолог), медицинские сестры, лаборанты клинико-биохимической лаборатории и младший медицинский персонал.

5.3.2 Медикаменты

Таблица 5.1 Медикаменты, используемые для оказания медицинской помощи согласно данному руководству.

Название	Женская консультация	Палата патологии	ПИТ/реанимация
Поливитамины	+	+	-
Фолиевая кислота	+	+	-
Препараты железа	+	+	-
Таблетки кальция глюконата	+	+	-
Раствор сульфата магния 25%-ный	-	+	+
Раствор глюкозы 5%-ный	-	+	+
Раствор Рингера-Локка	-	+	+
Раствор кальция глюконата 10%-ный	-	+	+
Кислород	-	-	+
Дексаметазон	-	+	-/+
Гипотензивные препараты (атенолол)	-	+	+
Диазепам	-	-	+
Простагландины	-	+	+
Окситоцин	-	+	+

5.3.3 Оборудование

Таблица 5.2 Оборудование, использующееся в процессе оказания медицинской помощи согласно руководству.

Оборудование	Женская консультация	Палата патологии	ПИТ/реанимация
Прибор для измерения АД с набором манжет	+	+	+
Фонендоскоп	+	+	+
Акушерский стетоскоп	+	+	+
Микроперфузатор	-	+	++
Языкодержатель	-	-	+
Роторасширитель	-	-	+
Ларингоскоп	-	-	+
Вакуумный отсос	-	-	+
Расходные материалы			
Интубационные трубки и стилеты	-	-	+
Реанимационный набор для взрослых (маска, мешок Амбу (РДА))	-	-	+
Одноразовые иглы	+	+	+
Одноразовые шприцы	+	+	+
Катетеры Фоллея	-	-	+
Одноразовые системы для инфузии	-	+	+

6. Медицинская помощь при развитии гипертензии, вызванной беременностью, различных степеней тяжести.

6.1 Гипертензия, вызванная беременностью, без значительной протеинурии (МКБ–10 - O13)

- ◆ Вызванная беременностью гипертензия, БДУ (если не определена иная причина).
- ◆ Легкая преэклампсия [нефропатия легкой степени]

6.1.1 Критерии степени тяжести

Артериальное давление выше или равно 140/90 мм.рт.ст., но менее 160/110 мм.рт.ст., измеренное через 6 часов отдыха. Или повышение систолического давления более, чем на 30 мм.рт.ст., а диастолического более, чем на 15 мм.рт.ст. от исходного (исходным считается давление измеренное до 16 недель гестации). Нет отеков лица и рук, суточная протеинурия менее 0,3 г.

6.1.2 Кто проводит амбулаторное наблюдение

Наблюдение беременной ГВБ без значительной протеинурии проводится амбулаторно врачом акушером-гинекологом, акушеркой, терапевтом ЖК. При выявлении впервые на ФАПе ГВБ без значительной протеинурии беременную направляют к врачу акушеру-гинекологу женской консультации. После консультации беременной в ЖК наблюдение может проводить акушерка или фельдшер ФАПа по указанному ниже алгоритму (только при возможности контроля протеинурии).

6.1.3 Амбулаторное ведение

Алгоритм амбулаторного ведения представлен на рис. 6.1 и включает следующие действия:

1. При выявлении ГВБ выдать **официальное освобождение** от работы.
2. Провести **обучение пациентки самостоятельному мониторингу** основных признаков развития ГВБ: АД, отеков, белка в моче, числа шевелений плода, суточного диуреза.
3. Убедиться (протестировать), что пациентка **немедленно обратится в конкретный стационар** при развитии следующих жалоб: головная боль, расстройства зрения, боли в правом подреберье, внезапное появление отеков на лице или руках, снижение активности плода (уменьшение шевелений), и у нее **есть транспортная возможность экстренно добраться до стационара**.
4. Провести **первичное лабораторное обследование**: общий анализ мочи, определить суточную протеинурию, клиренс креатинина, креатинин плазмы, гемоглобин, гематокрит, число тромбоцитов, провести функциональные пробы печени, тест на отсутствие стресса плода.
5. **Дальнейшее наблюдение и ведение включает**:
 - 5.1. **Охранительный режим**:
 - ◆ с ограничением физического и психического напряжения;
 - ◆ положение на левом боку при отдыхе, минимум по 1 часу 3 раза в день;
 - ◆ корректирующая гимнастика (в течение 2 часов в день) с чередованием положений:
 - ◆ на правом и левом боку
 - ◆ коленно-локтевого
 - 5.2. **Рациональное питание**: пища с повышенным содержанием белковых

продуктов, без ограничения соли и воды, не вызывающая жажду.

5.3. Комплекс витаминов для беременной, и, если необходимо:

- ◆ препараты железа
- ◆ кальция по 2 грамма в день

Нет медикаментозного лечения! Не назначаются диуретики, гипотензивные препараты или седативные препараты.

5.4. Периодичность наблюдения (визитов) – каждые три дня.

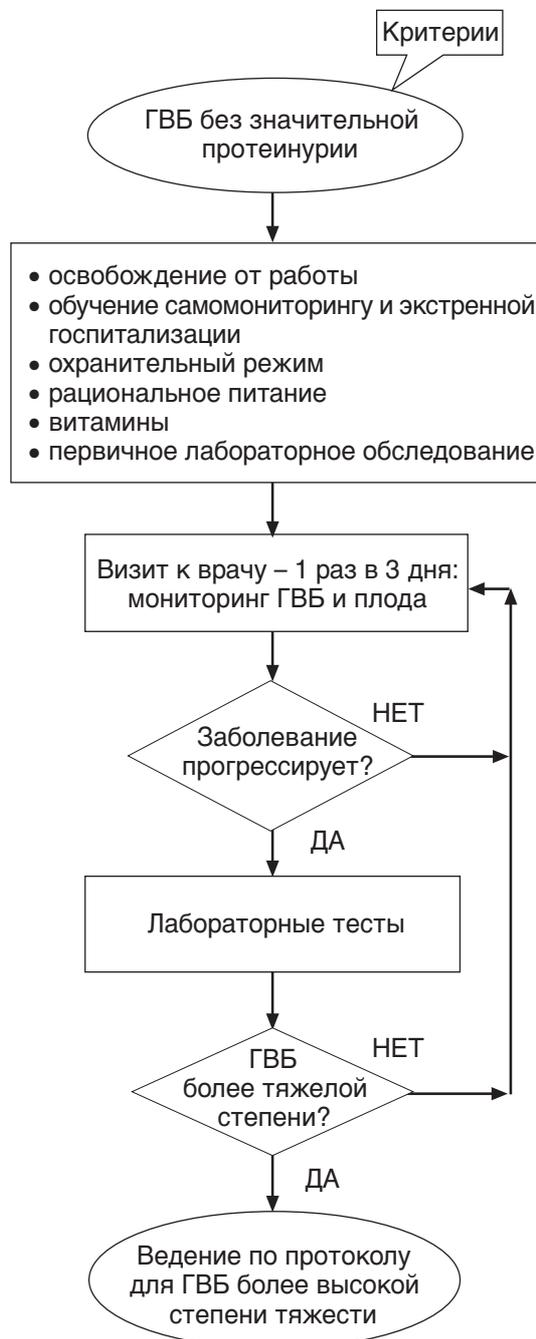
При каждом посещении:

- ◆ **опрос женщины на наличие жалоб, полный клинический осмотр (особенно пальпация печени), исследование сухожильных рефлексов и клонуса, наличие отеков.**
- ◆ измеряется АД, определяется белок в моче, при его наличии определяется суточное содержание (суточная протеинурия), проводится подсчет тромбоцитов (один раз в неделю).
- ◆ проводится мониторинг плода: развитие плода определяется (косвенно) измерением высоты стояния дна матки и окружности живота, подсчетом числа шевелений, частоты сердцебиений, проводится оценка объема амниотических вод и биофизический профиль при наличии возможности.
- ◆ проводится тест на отсутствие стресса плода (при наличии фетального монитора).

6.1.4 Критерии перехода к ведению беременной по алгоритмам для других степеней тяжести ГВБ

Диагноз более тяжелой степени ГВБ выставляется при изменении хотя бы одного из классификационных признаков тяжести ГВБ в сторону нарастания.

Рис. 6.1 Алгоритм помощи при гипертензии, вызванной беременностью, без значительной протеинурии



6.2 Гипертензия, вызванная беременностью, со значительной протеинурией (МКБ–10 – O14.0). Преэклампсия средней тяжести (МКБ–10 – O14.0)

6.2.1 Критерии

Артериальное давление выше или равно 140/90 мм.рт.ст., но менее 160/110 мм.рт.ст., при проведении измерения после 6 часов отдыха. Или повышение систолического давления более чем на 30 мм.рт.ст., а диастолического более чем на 15 мм.рт.ст. от исходного (исходным считается давление, измеренное до 16 недель гестации). Протеинурия более 0,3 г, но менее 5 г в сутки. Могут быть отеки лица и рук.

6.2.2. Где и кто оказывает помощь

Ведение беременной со средней по тяжести формой преэклампсии ГВБ со сроком гестации до 37 недель может проводиться **амбулаторно** при условии систематического медицинского наблюдения или в **стационаре дневного пребывания**. При этом должен осуществляться ежедневный (или через день) мониторинг за развитием заболевания и состоянием плода.

Если пациентка не имеет возможности ежедневно (или через день) посещать врача амбулаторно (далеко живет, семейные обстоятельства), то ей предлагается **госпитализация** (смотри «Критерии госпитализации» пункт 6.2.4). В случае, если беременная отказывается от госпитализации – проводится активное наблюдение за беременной врачом женской консультации на дому с организацией **стационара на дому**.

Наблюдение беременной ГВБ со значительной протеинурией, с преэклампсией средней тяжести проводится амбулаторно **только в ЖК** врачом акушером–гинекологом, акушеркой, терапевтом. При выявлении ГВБ со значительной протеинурией впервые на

ФАПе беременную немедленно направляют к врачу акушеру-гинекологу женской консультации.

Если необходима госпитализация в соответствии с критериями госпитализации, беременную с ГВБ со значительной протеинурией, с преэклампсией средней тяжести при сроке гестации 37 недель и больше госпитализируют в стационар второго уровня, а при сроке меньше 37 недель – в стационар третьего уровня. В **стационаре** помощь оказывают врач акушер-гинеколог, терапевт, анестезиолог, реаниматолог, неонатолог, офтальмолог, акушерка (прошедшая подготовку по ведению терапии сульфатом магния).

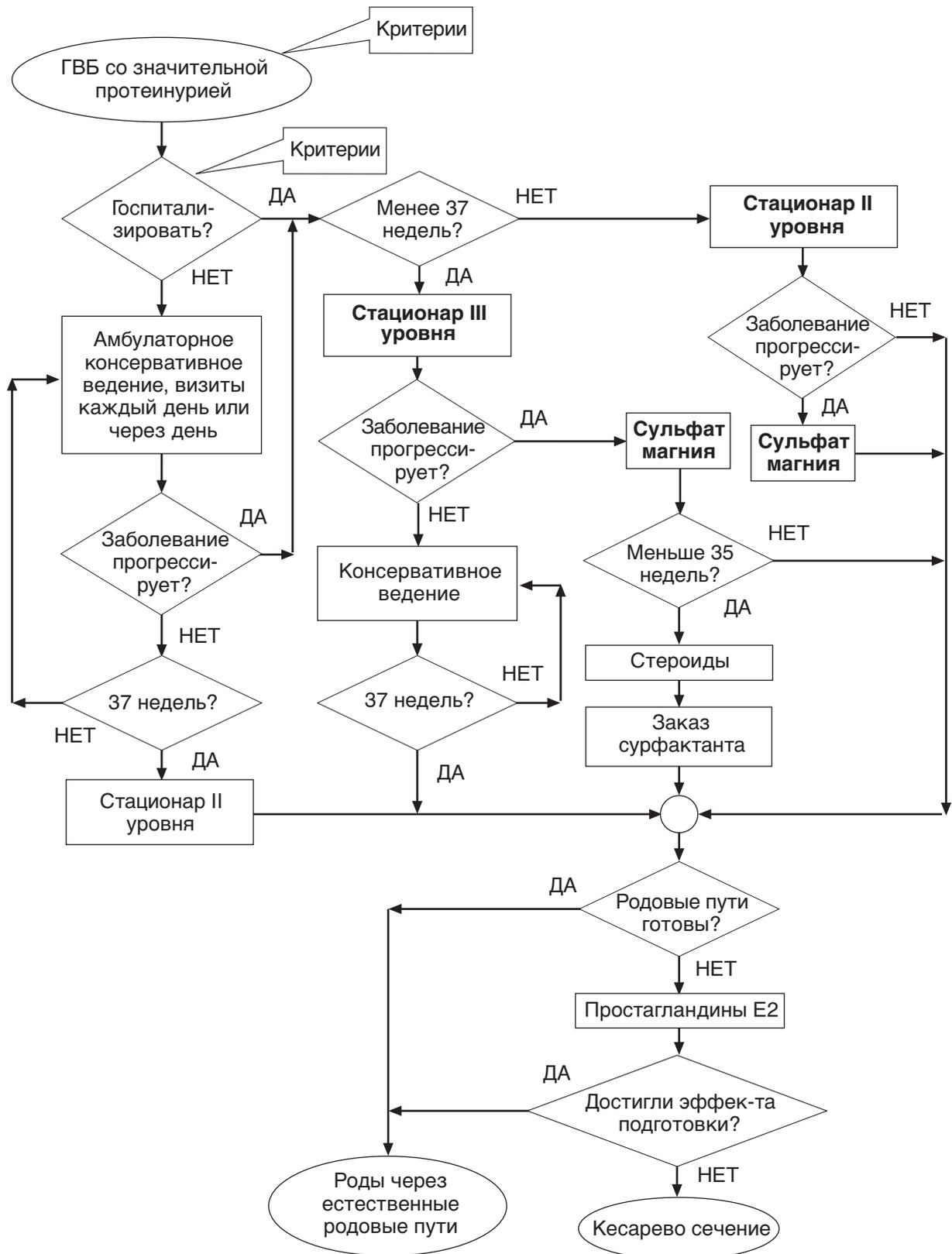
Алгоритм ведения беременной с ГВБ со значительной протеинурией, с преэклампсией средней тяжести представлен на рис. 6.2.

6.2.3. Амбулаторное ведение.

Алгоритм амбулаторного ведения включает следующие действия:

1. Определить **срок беременности**.
2. При выявлении ГВБ выдать беременной **официальное освобождение от работы**.
3. Провести **обучение** пациентки **самостоятельному мониторингу** основных признаков развития ГВБ: АД, отеков, белка в моче, числа шевелений плода, суточного диуреза.
4. Убедиться (протестировать), что пациентка **немедленно обратится в конкретный стационар** при развитии следующих жалоб: головная боль, расстройства зрения, боли в правом подреберье, внезапное появление отеков на лице или руках, снижение активности плода (уменьшение шевелений), и у нее есть **транспортная возможность экстренно добраться до стационара**.
5. Зарезервировать место для беременной в **конкретном стационаре** высокого уровня. При сроке гестации до 37 недель для экстренной госпитализации в стационаре III уровня, а при сроке 37 недель и более – для плановой в стационаре II уровня.

Рис. 6.2 Алгоритм помощи при гипертензии, вызванной беременностью со значительной протеинурией, с преэклампсией средней тяжести



6. Провести **первичное лабораторное обследование:** общий анализ мочи, определить суточную протеинурию, клиренс креатинина, креатинин плазмы, гемоглобин, гематокрит, число тромбоцитов, провести функциональные пробы печени, тест на отсутствие стресса плода.

7. **Дальнейшее наблюдение и ведение включает:**

7.1. **Охранительный режим:**

- ◆ с ограничением физического и психического напряжения;
- ◆ положение на левом боку при отдыхе, минимум по 1 часу 3 раза в день;
- ◆ корректирующая гимнастика (в течение 2 часов в день) с чередованием положений:
 - ◆ на правом и левом боку
 - ◆ коленно-локтевого

7.2. **Рациональное питание:** пища с повышенным содержанием белковых продуктов, без ограничения соли и воды, не вызывающая жажду.

7.3. **Комплекс витаминов для беременной и, если необходимо, препараты железа, кальция по 2 грамма в день.**

7.4. Ведение **без гипотензивных препаратов**, при условии, что артериальное давление стабилизировано в рамках клинической формы. Не назначаются диуретики, гипотензивные препараты или седативные препараты.

7.5. **Периодичность наблюдения** – визит к врачу/врача на дом **каждые 1-2 дня.**

При каждом посещении:

- ◆ **Опрос женщины на наличие жалоб, полный клинический осмотр (особенно пальпация печени), исследование сухожильных рефлексов и клонуса.**
- ◆ измеряется АД, определяется белок в моче, при его наличии определяется суточное содержание (суточная

протеинурия), проводится подсчет тромбоцитов.

- ◆ проводится мониторинг плода: развитие плода определяется (косвенно) измерением высоты стояния дна матки и окружности живота, подсчетом числа шевелений, частоты сердцебиений, проводится оценка объема амниотических вод и биофизический профиль при наличии возможности.
- ◆ проводится тест на отсутствие стресса плода (при наличии фетального монитора).

6.2.4. Критерии госпитализации:

1. Диагноз средней по тяжести преэклампсии при доношенной беременности при сроке гестации 37 недель и больше (стационар II уровня).
2. Диагноз средней по тяжести преэклампсии для недоношенной беременности (до 37 недель) с устойчивой гипертензией, устойчивой протеинурией, при появлении изменений в анализах (стационар III уровня).
3. При наличии факторов, которые могут затруднить немедленную госпитализацию в случае необходимости – расстояние, социальные условия.
4. Неустойчивый статус плода: задержка роста, маловодие, уменьшающееся количество движений или показатели электронного мониторинга.
5. **Немедленная госпитализация, если появляется хотя бы один из следующих признаков или симптомов: головная боль, нарушение зрения, боли в верхнем правом квадранте живота или эпигастральная боль, внезапное появление отеков лица или рук, уменьшение числа шевелений плода**

6.2.5. Лечение в стационаре (консервативное)

При поступлении в стационар в стабильном состоянии осуществляется консервативное ведение:

1. При поступлении:

1.1. Определить **срок беременности**.

1.2. Провести **первичное лабораторное обследование**: общий анализ мочи, определить суточную протеинурию, клиренс креатинина, креатинин плазмы, гемоглобин, гематокрит, число тромбоцитов, фибриноген и продукты его распада, провести функциональные пробы печени, осмотр глазного дна, тест на отсутствие стресса плода

2. Охранительный режим (полупостельный):

- ◆ с ограничением физического и психического напряжения;
- ◆ положение на левом боку при отдыхе, минимум по 1 часу 3 раза в день;
- ◆ корригирующая гимнастика (в течение 2 часов в день) с чередованием положений:
 - ◆ на правом и левом боку,
 - ◆ коленно-локтевого

3. **Рациональное питание**: пища с повышенным содержанием белковых продуктов, без ограничения соли и воды, не вызывающая жажду.

4. **Комплекс витаминов для беременной, если необходимо**:

- ◆ препараты железа,
- ◆ кальция по 2 грамма в день.

5. Ведение **без гипотензивных препаратов**, при условии, что артериальное давление стабилизировано в рамках клинической формы. Не назначаются диуретики, гипотензивные препараты или седативные препараты.

6. При артериальном давлении равном или выше 160/110 мм.рт.ст. врачом назначается один из гипотензивных препаратов (метилдофа, анаприлин, атенолол). При сроке беременности до 35–36 недель назначить стероиды с целью профилактики РДС у новорожденного (см. в п.6.3.3 – «Профилактика РДС»).

7. Исследования выполнять с соблюдением установленной кратности динамического наблюдения показателей:

- ◆ Контроль артериального давления – каждые 6 часов.
- ◆ Аускультацию плода проводить каждые 4 часа.
- ◆ Анализ мочи повторять ежедневно.
- ◆ Повторять 1 раз в 3 дня следующие исследования: гемоглобин, гематокрит, подсчет тромбоцитов, функциональные пробы печени, креатинин плазмы.
- ◆ Ежедневно проводить мониторинг плода: развитие плода определить (косвенно) измерением высоты стояния дна матки и окружности живота, подсчетом числа шевелений, частоты сердцебиений.
- ◆ Оценивать объем амниотических вод и биофизический профиль при наличии возможности.
- ◆ Проводить тест на отсутствие стресса плода при ухудшении показателей ежедневного мониторинга плода и, обязательно, перед родоразрешением (если есть фетальный монитор).

6.2.6. Тактика ведения беременной с ГВБ со значительной протеинурией, с преэклампсией средней тяжести.

Тактика лечения и ведения беременной с ГВБ со значительной протеинурией, с преэклампсией средней тяжести зависит от наличия нарастания тяжести заболевания, срока беременности и готовности родовых путей.

1. Для беременных с ГВБ со значительной протеинурией, с преэклампсией средней тяжести со сроком гестации менее 37 недель и с недоношенным плодом, но находящихся в стабильном состоянии (без нарастающей гипертензии и протеинурии, при соответствующих данных исследований, при продолжении роста плода, адекватном объеме амниотических

- вод, адекватном количестве движений плода и отсутствии головной боли, нарушений зрения, болей в верхнем правом квадранте живота/эпигастральной боли) лечение и наблюдение проводить консервативно с надлежащим мониторингом (см. пункты.6.2.3. и 6.2.5.).
2. При таком же статусе беременной и плода (предыдущий пункт), но при достижении срока гестации в 37 недель – планово госпитализировать беременную в стационар II уровня и родоразрешить.
 3. При прогрессировании признаков ГВБ и неустойчивом статусе плода при сроке беременности менее 37 недель (стационар III уровня) беременности:
 - 3.1. начать терапию сульфатом магния (см. п.6.3.4 «Техника проведения магнезиальной терапии»).
 - 3.2. при сроке менее 35 недель – одновременно начать и стероидную терапию для подготовки легочной ткани плода.
 - 3.3. при недостаточной готовности родовых путей – провести подготовку к родам простагландинами E₂.
 4. При прогрессировании признаков ГВБ и неустойчивом статусе плода при сроке беременности 37 недель и более (стационар II уровня):
 - 4.1. начать профилактическую терапию сульфатом магния (см. п.6.3.4 «Техника проведения магнезиальной терапии»),
 - 4.2. при готовности родовых путей провести родоразрешение через естественные родовые пути;
 - 4.3. при недостаточной готовности родовых путей провести подготовку к родам простагландинами E₂.
 5. Метод родоразрешения (при любом сроке гестации) определяется готовностью родовых путей. Если подготовка родовых путей простагландинами не достигла своей цели, то провести кесарево сечение.

6. При стабильном состоянии и показателях АД, не выходящих за пределы критериев, характерных для ГВБ средней тяжести, в процессе родов следует воздержаться от применения магнезиальной терапии.

При ухудшении общего состояния, характерного для ГВБ тяжелой степени, при нестабильных показателях АД и АД постоянно на уровне максимального значения для средней тяжести преэклампсии – провести магнезиальную терапию в родах для профилактики судорог (см. п.6.3.4).

6.2.7 Критерии перехода к ведению беременной по алгоритмам других степеней тяжести ГВБ

При изменении хотя бы одного из классификационных признаков тяжести ГВБ в сторону нарастания: стойкая гипертензия, головная боль, нарушение зрения, боль в верхнем правом квадранте живота/эпигастральная боль, почечная или печеночная недостаточность, олигурия менее 25 мл/час, уменьшающееся количество тромбоцитов, появление признаков ДВС-синдрома, признаков возникновения HELLP-синдрома, развивающаяся или проявившаяся эклампсия выставляется соответствующий диагноз и применяется соответствующий алгоритм действий.

6.3 Гипертензия, вызванная беременностью, со значительной протеинурией (МКБ–10 – O14.1). Тяжелая преэклампсия (МКБ–10 - O14.1)

6.3.1 Критерии:

Артериальное давление выше или равно 160/110 мм.рт.ст., измеренное через 6 часов после отдыха. Протеинурия более 5 г в сутки. Могут быть отеки лица и рук.

6.3.2. Госпитализация и родоразрешение.

Обязательна госпитализация в стационар III уровня. Помощь оказывают: врач акушер-гинеколог, анестезиолог, неонатолог, терапевт, акушерка, обученная технике выполнения магниальной терапии.

6.3.3. Лечение:

При гипертензии, вызванной беременностью, со значительной протеинурией, при тяжелой преэклампсии, цель оказания медицинской помощи – родоразрешение. **С момента госпитализации необходимо начать интенсивное наблюдение и интенсивную терапию с лечением сульфатом магния и готовить беременную к родам.** Необходимо развернуть ПИТ, организовать пост круглосуточного наблюдения акушерки, начать лечение сульфатом магния (см. п. 6.3.4. «Техника проведения магниальной терапии»). Параллельно выполнять следующие действия:

1. При поступлении:

- 1.1. Определить **срок беременности.**
- 1.2. Провести **первичное лабораторное обследование:** общий анализ мочи, определить суточную протеинурию, клиренс креатинина, креатинин плазмы, гемоглобин, гематокрит, число тромбоцитов, фибриноген и продукты его распада, провести функциональные пробы печени, ЭКГ, осмотр глазного дна, тест на отсутствие стресса плода.
- 1.3. Провести консультации **терапевта, невропатолога.**
- 1.4. Определить тактику и экстренность дальнейших действий.

2. Обеспечить **охранительный режим (постельный):**

- ◆ с исключением физического и психического напряжения;
- ◆ положение на левом боку (при необходимости – позиция на правом боку).

3. Обеспечить **рациональное питание:** пища с повышенным содержанием белковых продуктов, без ограничения соли и воды, не вызывающая жажду.
4. Обеспечить **комплекс витаминов для беременной, препараты железа и кальция**
5. Вести беременную **без гипотензивных препаратов** при условии, что артериальное давление стабилизировано в рамках клинической формы. Не назначаются диуретики или седативные препараты.
6. При повышении давления, равном или более 160/110 мм.рт.ст., необходимо назначить один из гипотензивных препаратов, по выбору врача (атенолол, метилдофа, анаприлин). Проводить **инфузионную терапию.** Объем инфузионной терапии вместе с растворами сульфата магния за сутки не должен превышать 2500–3000 мл жидкости. Для инфузионной терапии используется 5%-ный раствор глюкозы.
7. Проводить **профилактику РДС** всем беременным со сроком гестации менее 35–36 недель (за исключением случаев немедленного родоразрешения) дексаметазоном – за двадцать четыре часа вводятся четыре дозы по 6 мг в/м.
8. Вызвать бригаду неонатологов для первичной реанимации и, возможно, введения сурфактанта и транспортировки новорожденного в неонатальный центр, если срок гестации менее 35 недель.
9. Если родовые пути не готовы к родоразрешению, **провести подготовку родовых путей** (см. п.6.3.5 «Родоразрешение»)
10. Проводить контроль почасового диуреза (катетеризация мочевого пузыря катетером Фоллея), определять суточную протеинурию 2 раза в сутки.
11. Один раз в 2 дня проводить полный анализ крови (тромбоциты, гематокрит, гемоглобин), определять: белок, сахар, мочевины, креатинин, трансаминазы и

- электролиты, фибриноген и продукты его распада, протромбин и протромбиновое время, ежедневно – анализ мочи и клиренс креатинина.
12. По показаниям проводить консультации терапевта, невропатолога и офтальмолога, если есть необходимость.
 13. Ежедневно проводить мониторинг плода: развитие плода определить (косвенно) измерением высоты стояния дна матки и окружности живота, подсчетом числа шевелений, частоты сердцебиений.
 14. Оценивать объем амниотических вод и биофизический профиль при наличии возможности.
 15. Проводить тест на отсутствие стресса плода при ухудшении показателей ежедневного мониторинга плода и, обязательно, перед родоразрешением (если есть фетальный монитор).
 16. Проводить **аускультацию плода** с момента начала магниезальной терапии: при введении стартовой дозы – каждые 15 минут, и при введении поддерживающей дозы – каждый час.
 17. Проводить **аускультацию плода** в родах каждые 15-30 минут. При возможности проводить постоянный электронный мониторинг.

6.3.4. Техника проведения магниезальной терапии

Магниезальная терапия начинается с момента госпитализации и представляет собой непрерывную внутривенную инфузию почасовой дозы сульфата магния. Цель магниезальной терапии – поддержание нужного уровня ионов магния в крови беременной для профилактики судорог.

1. **Стартовую дозу (дозу насыщения)** – 4 г сухого вещества (16 миллилитров 25%-ного раствора сульфата магния) вводить шприцем очень медленно в течение 15 – 20 минут, (оптимальный вариант - введение перфузатом со скоростью 1 мл/минуту). Учитывая то, что

концентрированный раствор сульфата магния может вызывать значительное раздражение в стенке вены, в которую проводится инфузия (вплоть до некроза), стартовую дозу сульфата магния предлагается растворить в 5%-ном растворе глюкозы или растворе Рингера-Локка. Для этого в стерильный флакон с 34 миллилитрами 5%-ного раствора глюкозы или раствора Рингера-Локка влить 4 г магния сульфата (16 миллилитров 25%-ного раствора). Полученный раствор ввести со скоростью 50 капель в минуту, время введения составит 20 минут.

2. Мониторинг проведения терапии сульфатом магния – стартовой дозой:
 - 2.1 артериальное давление, пульс, ЧД (должно быть не менее 12 в минуту), ЧСС, коленные рефлексы – в течение первых 15 минут. Аускультация плода во время стартовой дозы – в течение первых 15 минут. Фетальный мониторинг (при возможности);
 - 2.2 Если пациентка лежит на левом боку, измерять АД на верхней руке на уровне сердца.
3. Далее вводить **поддерживающую дозу** сульфата магния. Стандартно поддерживающую терапию начинают с дозы равной 1 г сухого сульфата магния в час. В дальнейшем, оценивая клинические признаки, данную дозу можно увеличивать до 3 г в час.
4. Увеличение/уменьшение или отмену поддерживающей дозы следует производить на основании оценки показателей сывороточного магния или наличия клинических проявлений токсичности сульфата магния (**урежение ЧД до 12 и менее в минуту, сонливость беременной и угнетение коленных рефлексов**). Терапевтическая доза сульфата магния в пределах 4-8 мг/л определяется уровнем ионов магния в сыворотке крови каждые 4-6 часов. Если нет возможности проводить контроль уровня сывороточного магния, то проводится оценка клинических

симптомов токсичности сульфата магния каждый час, которая документируется в истории болезни.

5. При появлении признаков токсичности сульфата магния назначить 1 г **глюконата кальция** (10 мл 10%-ного раствора) в/в, который всегда должен находиться у постели больной.

6. Поддерживающая терапия

осуществляется путем введения раствора сульфата магния, приготовленного следующим образом: 7,5 г сульфата магния (30 мл 25%-ного раствора сульфата магния) влить во флакон, содержащий 220 миллилитров 5%-ного раствора глюкозы или раствора Рингера-Локка. Полученный раствор сульфата магния всегда вводить через вспомогательную линию капельницы (параллельно инфузионной терапии). Скорость введения раствора подобрать согласно табл. 6.1, где указана скорость введения и соответствующая доза сульфата магния в пересчете на сухое вещество. *Внимание!! При проведении капельного вливания раствора сульфата магния следует помнить, что разные системы для внутривенного вливания дают разное количество раствора в минуту (при одинаковом количестве*

капель.) Следует помнить, что данный расчет соответствует только системам для инфузий, дающим 20 капель в 1 миллилитре жидкости.

7. Рабочий раствор, содержащий сульфат магния, вводить параллельно всем растворам, необходимым для проведения инфузионной терапии у пациентки. Общее количество вводимой жидкости составляет от 75 до 125 мл в час и не должно превышать 2500–3000 миллилитров в сутки (с учетом жидкости, вводимой с сульфатом магния).

8. Для выполнения процедуры используются два флакона (один с 250 мл раствора, содержащего сульфат магния, а другой - с инфузионной средой – 5% глюкоза, раствор Рингера – Локка или физиологический раствор) , две капельницы, соединенные коннектором или иглой. При этом основной линией будет линия с инфузионной средой, а линия с раствором, содержащим сульфат магния должна впадать в нее, а не наоборот. Таким образом, достигается более точная дозировка сульфата магния и исключается возможность ошибки при дозировании и изменении скорости введения.

Табл. 6.1 Скорость введения сульфата магния

Приготовление раствора: 7,5 г сульфата магния (30 мл 25%-ного раствора сульфата магния) влить во флакон, содержащий 220 миллилитров 5%-ного раствора глюкозы или Рингера-Локка.		
Доза сульфата магния в г/час (в пересчете на сухое вещество)	мл/час	Скорость введения
1 г/час	33,33 мл/час	11 капель в минуту
1,5 г/час	50 мл/час	16–17 капель в минуту
2 г/час	66.66 мл/час	22 капли в минуту
3 г/час	100 мл/час	33 капли в минуту
4 г/час	133,33 мл/час	44 капли в минуту
Скорость введения поддерживающей дозы сульфата магния может изменяться в зависимости от состояния пациентки: от 1 г в час – 10–11 капель в минуту до 2 г в час – 20–22 капли в минуту.		

9. **Мониторинг** проведения терапии сульфатом магния поддерживающей дозой:
- 9.1. артериальное давление, пульс, ЧД (должно быть не менее 12 в минуту), ЧСС, коленные рефлексы, клонус, диурез каждый час;
 - 9.2. обязателен контроль симптомов нарастания тяжести ГВБ – головная боль, двоение, «мелькание мушек» в глазах, боль в эпигастрии, симптомов отека легких, тяжесть в груди, кашель с мокротой или без нее, симптомы удушья, дыхание Чейн-Стокса, тахикардия, изменение уровня сознания;
 - 9.3. аускультация плода каждый час, фетальный мониторинг (по возможности);
 - 9.4. аускультация плода в родах каждые 15-30 минут.
10. **Магнезиальная терапия проводится в течение 24–48 часов после родов, наряду с симптоматическим лечением.**

6.3.5. Родоразрешение

1. При родоразрешении метод выбора **обезболивания** – эпидуральная анестезия.
2. При наличии **готовности родовых путей** произвести **амниотомию**. Если родовая деятельность не начинается в течение 2-3 часов, провести **родовозбуждение** окситоцином.
3. При недостаточной готовности родовых путей провести подготовку к родам **простагландинами E2**.
4. При доношенной беременности подготовку беременной к родам вести в течение 2 дней и родоразрешение провести с учетом акушерской ситуации. Преимущественно - через естественные родовые пути, но не исключается и использование кесарева сечения.
5. При отсутствии эффекта от подготовки родовых путей и/или прогрессировании

симптомов ГВБ, ухудшении состояния плода провести операцию кесарева сечения (необходимо учитывать, что при проведении магнезиальной терапии, родильницы склонны к избыточной кровоточивости – в послеоперационном периоде ввести окситоцин в/в после извлечения плода).

6. В третьем периоде родов следует назначить окситоцин. Следует избегать препаратов эрготамина, которые повышают артериальное давление.

6.4 Эклампсия (МКБ–10 – O15)

6.4.1 Критерии:

Судороги или их эквиваленты на фоне гипертензии, вызванной беременностью, любой степени тяжести.

6.4.2. Где и кто оказывает помощь

Лечение в приступе начинается на месте. Обязательное условие – развертывание ПИТ.

Экстренные мероприятия проводят: врач акушер-гинеколог роддома, анестезиолог, неонатолог, невропатолог, акушерки, обученные проведению инфузионной терапии сульфата магния.

6.4.3 Лечение

Родоразрешение при эклампсии под эпидуральной анестезией с применением наркотика или седативного препарата (может быть наложение выходных щипцов, кесарево сечение).

Цели терапии:

1. Лечение гипертензии
2. Устранение гипоксии и ацидоза
3. Контроль АД
4. Родоразрешение после устранения судорожных приступов

Рекомендуется профилактическое применение сульфата магния для всех беременных с гипертензией, вызванной беременностью, с риском развития эклампсических судорог. В эту группу входят так же беременные с хронической артериальной гипертензией, с головной болью, расстройствами зрения, болями в животе, HELLP-синдромом и стабильным повышением АД свыше 160/110 мм.рт.ст.

Тактика лечения и последовательность действий:

1. Положение в постели на левом боку, свободные дыхательные пути, подача кислорода.
2. Обеспечение венозного доступа и введение стартовой дозы сульфата магния, как указано ранее.
3. Профилактика травматизации пациентки.
4. Строгий контроль объемов вводимой/выводимой жидкостей (катетер–баллон Фоллея).
5. Полный покой для пациентки (без яркого света и шума).
6. При приступе судорог: не предпринимайте попытки уменьшить или прекратить судорогу, но сведите к минимуму риск аспирации (роторасширитель, языкодержатель, эвакуация содержимого полости рта).
7. После окончания судорог обеспечьте подачу кислорода.
8. При подозрении на аспирацию сделайте рентген грудной клетки.

9. Немедленно начать внутривенную магниальную терапию

- 9.1. Стартовая доза сульфата магния: 4 г сухого вещества (16 мл 25% раствора) в течение 15-20 минут, при возможности введение сульфата магния рекомендуется проводить через перфузатор. (см протокол 6.2.5)
- 9.2. Начальная поддерживающая доза равна 1 г/час внутривенно (см. пункт 6.3.4 настоящего руководства).

Пределы поддерживающей дозы от 1 до 3 г/час.

- 9.3. Если припадки продолжаются, внутривенно ввести другой 2-граммовый болюс сульфата магния (8 мл 25% раствора) в течение 3-5 минут. Если судороги продолжаются и после введения второй дозы сульфата магния, назначается диазепам (10 мг внутривенно), или тиопентал натрия (50 мг внутривенно) в качестве дополнительного болюса. Но в таком случае пациентка нуждается в обеспечении свободной проходимости дыхательных путей.
- 9.4. Поддерживающая доза сульфата магния может варьировать от 1 до 3 г/час для достижения терапевтического эффекта. Терапевтический эффект магния определяется уровнем содержания магния в сыворотке и проверяется каждые 4-6 часов. При необходимости поддерживающая доза сульфата магния увеличивается или уменьшается и зависит от уровня сывороточного магния.
- 9.5. Если в больнице нет возможности определить уровень сыворотки магния, поддерживающая доза сульфата магния увеличивается, при условии постоянной гиперрефлексии, и уменьшается или прекращается при клинических признаках токсичности.

Если в больнице нет возможности для определения уровня сыворотки магния, увеличение поддерживающей дозы сульфата магния должно производиться очень осторожно.
Оценка клинических признаков и симптомов токсичности магния должна производиться каждый час и документироваться.

Введение поддерживающей дозы сульфата магния прекращается, если обнаружены признаки токсичности магния.
- 9.6. 1 г глюконата кальция (10 мл 10% раствора) находится у кровати пациентки и назначается по клиническим показаниям

10. Избегайте полипрагазии –это может привести к угнетению дыхательной деятельности
11. Лабораторные анализы, консультация невропатолога осуществляется после приступа.
12. Полный анализ крови (тромбоциты, гематокрит, гемоглобин), белок, сахар, мочевины, креатинин, трансаминазы + электролиты, уровень кальция, магния, фибриноген и продукты его деградации, протромбин и протромбиновое время, анализ мочи и клиренс креатинина, группа крови, свертываемость, протромбиновый индекс.
13. Если судороги продолжают – применение противосудорожного препарата – диазепам/фентанила (может быть угнетение дыхательной функции). ИВЛ. Показание для срочного родоразрешения.
14. Если АД остается высоким – применение антигипертензивных парентеральных средств с тем, чтобы АД <160/110 > 110/90.
15. Оцените статус плода/матки для определения способа родоразрешения, проведение амниотомии, окситоцин, простагландины, кесарево сечение, если не требуется срочного родоразрешения после стабилизации состояния пациентки.
16. Регионарная анестезия предпочтительнее общего наркоза.

Продолжайте профилактические меры (магнезиальная терапия по протоколу тяжелых гестозов) не менее 48 часов после родов, а так же симптоматическое лечение.

6.5 Лечение родильниц с диагнозом ГВБ, выставленным сразу после родов

1. Магнезиальная терапия продолжается в течение 24–48 часов после родов и затем прекращается
2. Интенсивное наблюдение ведется в течение 24–48 часов после родов во время послеродовой магнезиальной терапии.
 - 2.1. охранительный режим до окончания магнезиальной терапии
 - 2.2. сбалансированное питание
 - 2.3. корректирующая гимнастика (если необходимо)
 - 2.4. продолжение выполнения протокола оказания сестринской помощи при преэклампсии и магнезиальное лечение до прекращения магнезиальной терапии
 - 2.5. проведение лабораторных тестов при необходимости: гемоглобин, гематокрит, уровень тромбоцитов, печеночная функция, креатинин плазмы и уровень сыворотки магния
 - 2.6. оказание помощи при грудном вскармливании (магнезиальная терапия НЕ является противопоказанием для грудного вскармливания)
3. Оказание стандартной послеродовой помощи после прекращения магнезиальной терапии (через 24-48 часов)
4. Женщины, нуждающиеся в лечении гипотензивными препаратами, после выписки из родильного дома должны проходить осмотр каждую неделю. При сохраняющейся гипертензии в течение 6 недель после родов проводится полное медицинское обследование.
5. Консультации по послеродовой контрацепции и продолжению грудного вскармливания.

6.6 Рекомендации на момент выписки из родильного дома.

При выписке из роддома проводится обучение планированию следующей беременности и преимуществам грудного вскармливания.

При неполной стабилизации пациентки показан перевод в терапевтическое отделение.

Лечение проводят: врач акушер-гинеколог роддома, выделенный терапевт.

6.7 Наблюдение за женщиной, перенесшей ГВБ, после выписки из родильного дома.

Проводится реабилитация в ЖК, на терапевтическом участке.

Женщинам, не нуждающимся в лечении гипотензивными препаратами, после выписки из родильного дома оказывается стандартная постнатальная помощь. Оценка их состояния производится во время обычного обследования через 6 недель после родов.

Женщины, нуждающиеся в лечении гипотензивными препаратами, после выписки из родильного дома должны проходить осмотр каждую неделю с обязательным лабораторным контролем уровня протеинурии и креатинина. При сохраняющейся гипертензии за женщиной должен быть налажен тщательный амбулаторный контроль. Женщину следует госпитализировать для обследования и выбора лечения, только в том случае, если проведение такого контроля невозможно в амбулаторных условиях.

Наблюдение проводят: врач акушер-гинеколог ЖК, выделенный терапевт, участковый терапевт.

6.8 Протокол сестринской помощи при преэклампсии и лечении сульфатом магния

1. Окружающая среда - лечебно-охранительный режим:
 - 1.1. Создается индивидуальный сестринский пост.
 - 1.2. Беременная помещается в комнату, где окна занавешены и свет приглушен для уменьшения стимуляции нервной системы.
 - 1.3. Беременную укладывают на кровать с боковинами, обкладывают подушками, одеялами для предупреждения травм во время приступа эклампсии.
 - 1.4. У кровати лоток с инструментами для интубации трахеи, роторасширителем и языкодержателем.
 - 1.5. Лоток с медикаментами обязательно содержит 1 гр. глюконата кальция (10 мл 10% раствора).
 - 1.6. Беременная в постели лежит на левом боку, менять на правый только при необходимости.
 - 1.7. Если пациентка лежит на левом боку, измерять АД на верхней руке на уровне сердца.
 - 1.8. Предлагать подкладное судно через 1-2 часа, если нет катетера Фоллея.
 - 1.9. Создание доброжелательной атмосферы и оказание поддержки беременной медперсоналом.
 - 1.10. Обеспечение поддержки семьи.
 - 1.11. Инструктирование пациентки относительно лечения сульфатом магния, ее возможных физических ощущений, подготовка к почасовой оценке состояния пациентки.

2. Оценка и документирование состояния пациентки

- 2.1. Получение показателей жизненных функций пациентки: АД, частота пульса и дыхания каждые 15 мин во время:
 - 2.1.1. Введения стартовой дозы сульфата магния.
 - 2.1.2. Увеличение поддерживающей дозы.
 - 2.1.3. Если витальные показатели пациентки нестабильны (АД < 90/50, частота пульса более 100 или менее 60, частота дыхания менее 12 или более 24, жалобы на боль в груди и одышка).

2.2. Оценка и документирование каждый час

- 2.2.1. АД, частота пульса и дыхания.
- 2.2.2. Глубокие сухожильные рефлексы и клонус стоп.
- 2.2.3. Объем потребляемой и выделяемой жидкости.
- 2.2.4. Симптомы пациентки: головная боль, нарушение зрения (расплывчатость и мелькание “мушек”), боль в верхнем правом квадранте живота/эпигастральная боль, изменение в уровне сознания).
- 2.2.5. Симптомы отека легких у пациентки: одышка, неглубокое и быстрое дыхание, прерывистое дыхание, кашель с мокротой или без, тахикардия.

2.3. Результаты, вызывающие тревогу: **Внимание!!! Немедленно прекратить магниальную терапию и известить врача, если присутствуют следующие признаки:**

- 2.4. АД Систолическое > 160 мл ртутного столба.
 Диастолическое > 110 мл ртутного столба.

- 2.5. Частота дыхания < 12.
- 2.6. Объем выделяемой жидкости < 30 мл/час.
- 2.7. Угнетение рефлексов.
- 2.8. Головная боль, нарушение зрения, эпигастральная боль.
- 2.9. Повышенные рефлексы, отеки или протеинурия.
- 2.10. Симптомы отека легких.
- 2.11. Вагинальное кровотечение или напряжение матки.

3. Оценка и документирование состояния плода:

- 3.1. Аускультация и документация частоты сердцебиений плода и витальных показателей матери каждые 15 мин.
 - 3.1.1. Если производится увеличение поддерживающей дозы сульфата магния
 - 3.1.2. Если витальные показатели пациентки нестабильны: (АД < 90/50, частота пульса более 100 или менее 60, частота дыхания менее 12 или более 24, жалобы на боль в груди и одышка)
- 3.2. Аускультация и документация частоты сердцебиений плода **каждый час** во время введения поддерживающей дозы сульфата магния.
- 3.3. Аускультация и документация частоты сердцебиений плода **каждые 15-30 минут** во время родов и когда пациентка получает сульфат магния.
- 3.4. **Внимание!!! Немедленно известить врача, если частота сердцебиений плода не соответствует норме.**
- 3.5. Электронный мониторинг плода (если есть возможность).

Библиография

1. Абрамченко В.В. Интенсивное ведение родов. – СПб. – Специальная литература. – 1996. – 625с.
2. Бровкин Д.П. Эклампсия – Москва, 1948.
3. Жордания И.Ф. – Медгиз, 1961.-747с.
4. Руководство по безопасному материнству. Под. ред. В.И. Кулакова, В.Н. Серова. – Москва.-Триада-Х.-1998.-596с.
5. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин О.А – Практическое акушерство. Москва. Медицина. 1989.-512 с.
6. Энциклопедический медицинский словарь. БМЭ. \ Под ред. Б. В. Петровского. Москва. – Советская энциклопедия. 1982.
7. ACOG Technical Bulletin (1996) Hypertension in pregnancy Number 219-January 1996. American College of Obstetrics and Gynecology: Washington, D.C.
8. Beischer, N.A., et.al. (1997) Obstetrics and the Newborn, Third Edition: Saunders.
9. Cunningham, F.G. et al., (1997) Williams Obstetrics. 20th Edition. Appleton & Lange: Stamford, Connecticut.
10. Dirckz, J.H. Editor, (1997) Stedman's Concise Medical Dictionary. 3rd Edition. Williams & Wilkins: Baltimore, Maryland.
11. Duley, L. (1995) Which anticonvulsant for women with eclampsia? Evidence from the Collaborative Eclampsia Trial. Lancet, 345: 1455-1463.
12. Duley, L. & Watkins, K. 1999. Magnesium sulfate for treatment of pre-eclampsia: a trial to evaluate the effects on women and their babies. Contemporary Review of Obstetrics and Gynecology, 267-274.
13. Duley, L. et.al. The Cochrane Library, Issue 1, 2000. Oxford: Update Software
14. Gabbe, S.G., Niebyl, J.R., & Simpson, J.L. (1996)
15. Gabbe, S.G., Niebyl, J.R., & Simpson, J.L. (1996) Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies. Third Edition. Churchill Livingstone, Inc: New York.
16. Hacker, N. F. & Moore, J.G. (1998) Essentials of Obstetrics and Gynecology. Third Edition. W.B.Saunders Co.: Philadelphia.
17. International Classification of Diseases - ICD 10. (1992)
18. Ladewig, P.W. et al. (1998) Maternal-Newborn Nursing Care, Fourth Edition: Addison Wesley.
19. Lowdermilk, D.L. et. al. (1998) Maternity & Women's Health Care, Sixth Edition; Mosby.
20. Niswander, K.R. & Evans, A.T. (1996) Manual of Obstetrics. Fifth Edition. Little, Brown and Company: Boston.
21. Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies. Third Edition. Churchill Livingstone, Inc: New York
22. Royal College of Obstetrics and Gynecology Guidelines (1998) - Management for Eclampsia
23. The Cochrane Library, Issue 1 - 4, 1998. Oxford: Update Software.
24. The Cochrane Library, Issue 1, 2000. Oxford: Update Software
25. The Eclampsia Trial Collaborative Group. Which anticonvulsant for women with eclampsia? Evidence from the Collaborative Eclampsia Trial. Lancet (1995) 345: 1455-1463.
26. World Health Organization (1996) Eclampsia Module: Education material for teachers of midwifery; WHO/FRH/MSN/96.5
27. World Health Organization (1997) Management of low-and high-risk pregnancies. WHO Regional Office for Europe.

