



**Алгоритм
проведения
интенсивной терапии и
реанимации
беременных и рожениц
при анафилактическом
шоке.**

1. Позвать всех на помощь (персонал отделения, врач-анестезиолог-реаниматолог, врач-акушер-гинеколог), в вызове персонала при необходимости задействовать пациентов.
2. Прекратить введение аллергена.
3. Максимально быстро освободить дыхательные пути.
4. Уложить беременную на твердую поверхность.
5. Наклонить пациентку на левый бок на 15° при беременности сроком более 20 недель и более для предупреждения аорто-кавальной компрессии (подложить валик на уровне грудной клетки женщины или сместить матку руками, использовать спинку стула, колено)
 - поворот стола на 15° если пациентка находится на операционном столе.
 - при необходимости проведения дефибрилляции убрать наклон.

6. Ввести эпинефрин (адреналин) 0,5мл (500мкг) внутримышечно в дельтовидную мышцу или переднюю или латеральную часть бедра.
7. Инсуффляция кислорода со скоростью потока > 6л/мин (предпочтительно 12-15 л/мин).
8. Освоить венозный доступ при его отсутствии.
9. Начать инфузию подогретого (по возможности) 0,9% натрия хлорида или другого сбалансированного кристаллоидного раствора (500-1000мл для пациента с нормотензией и 1000-2000мл для пациента с артериальной гипотензией (в виде быстрой инфузии).
10. При нарушении дыхания в отсутствие ИВЛ проводить ингаляции сальбутамола.

11. Вести непрерывный мониторинг АД, ЧСС, SpO2 и респираторных симптомов.
12. Максимально быстро транспортировать беременную в операционную для проведения дальнейших реанимационных мероприятий.
13. Рассмотреть необходимость родоразрешения при тяжелых нарушениях гемодинамики.
14. При декомпенсации дыхательной недостаточности (стридор, свистящее дыхание, тахипноэ, диспноэ, нарушение глотания) решить вопрос о немедленной интубации, при выраженном отеке ВДП – коникотомия.
15. Через 5 минут от введения 1 дозы адреналина оценить эффект от терапии, при сохранении гипотензии ввести повторно эпинефрин (адреналин) 0,5мл (500мкг) внутримышечно в дельтовидную мышцу или переднюю или латеральную часть бедра.

16. Развести адреналин 1мл (1000мкг) с 9мл 0,9% раствора хлорида натрия (0,1мг/мл), - при сохранении симптомов после в/м введения вводить по 0,5-1-2мл (в течение 1-2 минут) приготовленного раствора титрованием до ответа.
17. Ввести транексамовую кислоту при необходимости абдоминального родоразрешения.
18. Ввести кортикостероиды в/в или в/м (дексаметазон 4-20мг).
19. Ввести антигистаминные препараты: супрастин (после родоразрешения) или димедрол 25-50мг в/в или в/м.
20. При продолжающейся гипотензии проводить инфузию адреналина 0,1-1мг/кг/мин с титрованием дозы.



**СОП: Оказание
неотложной
помощи при
остановке сердца**

Термины, определение

- **Базовая реанимационная помощь** (Basic Life Support, BLS) – включает определение признаков угрожающего состояния и проведение неотложной сердечно-легочной реанимации до прихода бригады специализированной медицинской помощи.
- **Сердечно-легочная реанимация, СЛР** (Cardio Pulmonary Resuscitation, CPR) – проведение искусственной вентиляции лёгких (искусственное дыхание) и компрессии грудной клетки (непрямой или наружный массаж сердца) для поддержки циркуляции крови и работы мозга до оказания расширенной помощи ACLS (Advances Cardiac Life Support).
- **Остановка сердца** — полное прекращение эффективной деятельности сердца с наличием или отсутствием биоэлектрической активности. В синдром остановки сердца входят фибрилляция желудочков, асистолия и электромеханическая диссоциация, имеющие общую клиническую картину.

Клинические проявления

— состояние клинической смерти: потеря сознания (наступает через 10–20 секунд от начала фибрилляции или асистолии желудочков); отсутствие пульса на крупных артериях; шумное редкое агональное дыхание с остановкой через 2 мин; быстро нарастающее изменение окраски кожных покровов в виде цианоза или бледности; возможно появление тонико-клонических судорог через 15–30 секунд после утраты сознания; расширение зрачков через 2 мин с утратой реакции на свет.

Ресурсы

- Средства связи (стационарный или мобильный телефон).
- Мешок Амбу (при наличии)

-

Документирование

- Медицинская карта стационарного больного

Основная часть процедуры

Порядок действий при оказании неотложной помощи пациенту при внезапной остановке сердца.

1. Убедиться в отсутствии опасности

2. Оказание медицинской помощи: Диагностика (оценка жизненно-важных параметров)

	Жив	Критическое состояние
• Определить наличие сознания: громко окликнуть и похлопать по плечам с обеих сторон	Откликается	Не откликается
• Определить наличие кровообращения: пульсация сонных артерий с обеих сторон в течение не более 10 секунд	Определяется	Отсутствует
• Определить наличие дыхания: визуально по экскурсии грудной клетки	Определяется	Отсутствует/ Дышит неправильно

3. Оказание медицинской помощи: Лечебная тактика

- Вызов помощи: вызвать бригаду - адресно попросить (указать пальцем на определенного человека) позвонить по телефону
- Подготовить пострадавшего: уложить спиной на твердую поверхность и освободить от одежды грудную клетку
- Восстановить проходимость дыхательных путей: запрокинуть голову назад и поднять подбородок.

Примечание: при подозрении на травму в области головы и шеи – выдвинуть нижнюю челюсть.

- Приступить к проведению базовой сердечно-легочной реанимации

Провести сердечную компрессию:

- расположиться на коленях сбоку от пациента
- установить руки (основание одной руки на тыльную сторону другой руки, локти полностью выпрямлены, плечи располагаются прямо над ладонями) на нижнюю треть грудины (выше мечевидного отростка);
- провести компрессионное сжатие грудной клетки с подсчетом числа вслух в количестве 30 раз;
- глубина компрессии не менее 5 см для взрослого человека среднего телосложения;
- частота компрессий не менее 100 в одну минуту (100 - 120);
- грудная клетка должна полностью восстановиться после каждой компрессии (сжатия). Примечание: минимизировать перерыв между сериями компрессий (менее 10 секунд).

Провести искусственное дыхание

А. «рот в рот»:

- зажать нос пострадавшего;
- сделать глубокий вдох;
- охватить своим ртом полностью рот пострадавшего;
- силой выдохнуть в рот пострадавшему (примерно 1 вдох 1 секунда), зрительно наблюдая за экскурсией (поднятием) грудной клетки;
- повторить второй раз после восстановления грудной клетки (опущение).

Провести искусственное дыхание

Б. мешком Амбу:

- приложить маску мешка Амбу к лицу пострадавшего, захватом «Е-С» (3, 4, 5 пальцы руки под нижней челюстью, большой и указательный над маской надавливая вниз);
- обеспечить полную изоляцию между маской и лицом пострадавшего;
- сдавить мешок Амбу, чтобы грудная клетка поднялась (объем не менее 500 мл, в течение 1 секунды);
- когда грудная клетка восстановится (опустится), сдавить мешок Амбу повторно. Примечание: избегать чрезмерной вентиляции.

- Продолжить базовую сердечно – легочную реанимацию еще 4 цикла (1 цикл БСЛР = 30 компрессий: 2 искусственных дыхания)

После 5 проведения циклов оценить эффективность, проведенной базовой сердечно-легочной реанимации

- Провести стоп – анализ (после проведения 5 циклов БСЛР (1 период БСЛР = 5 циклов БСЛР): определение восстановления кровообращения (наличие пульсации на сонных артериях с обеих сторон)

- При отсутствии пульса и дыхания продолжать проведение БСЛР до прихода Команды



**СОП «Экстренная
госпитализация
пациентов
в корпус В
Перинатального центра
ГАУЗ «Энгельсская
городская клиническая
больница №1»**

Экстренная госпитализация пациентов производится в соответствии с порядком, установленным территориальной программой госгарантий, приказами главного врача «О порядке госпитализации больных» и «Об организации оказания медицинской помощи пациенткам акушерско-гинекологического профиля»

- **Цель внедрения СОП:** повышение качества предоставления и доступности услуги, создание комфортных условий для пациентов, своевременное оказание экстренной медицинской помощи.
- **Область применения:** приемное отделение акушерского стационара.
- **Ответственность:** заведующие отделениями акушерского стационара, врачи акушер-гинекологи родовых отделений и отделений патологии беременности, акушерки приемного

1. **Ответственным лицом** за организацию экстренной госпитализации в акушерский стационар является заведующий родовым отделением, в ночное время, выходные и праздничные дни – ответственный дежурный врач родового отделения.

2. При поступлении пациента по экстренным показаниям акушерка приемного отделения (покоя):

- транспортирует пациентку в смотровую, укладывает на кушетку (при необходимости на каталку)
- одновременно с этим по телефону (290 - родблок; 272 - заведующий, ординаторская) вызывается врач акушер-гинеколог;
- одновременно с этим при необходимости (тяжелая преэклампсия, акушерское кровотечение, другие неотложные состояния) по телефону 234, 181 вызывает врача анестезиолог-реаниматолога (реанимационную бригаду)
- при поступлении родильницы с новорожденным по телефону (269, 291) вызывает врача неонатолога
- при поступлении беременных угрожаемых по преждевременным родам передает информацию по телефону (269, 291) в отделение для новорожденных
- при поступлении пациенток с кровотечением передает информации в операционную по телефону (170, 234)
- при занятости акушерки оповещение персонала осуществляет санитарка приемного отделения

- 3. Врач проводит осмотр пациентки, берет у пациентки информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, оформляет первичную медицинскую документацию, при необходимости планирует проведение дополнительных анализов, манипуляций и инструментальных методов исследования.
- 4. Дежурная акушерка проводит назначенные врачом манипуляции, выполняет назначения.

Время обследования пациентов в экстренном порядке не должно превышать 30 минут!

- 5. Врач при госпитализации пациента оформляет «Осмотр пациента» Истории родов. В случае отказа от госпитализации оформляет «Осмотра пациента», который фиксируется в Журнале приема пациентов и отказов в госпитализации.
- 6. При отказе от госпитализации акушерка фиксирует пациентку в Журнале приема пациентов и отказов в госпитализации», отдает копию «Осмотра пациента» пациенту на руки. Оригинал фиксируется в Журнале. Информация об отказе от госпитализации передается акушеркой в женские консультации по месту регистрации и месту жительства.
- 7. При направлении врачом пациента в другое учреждение здравоохранения дежурная акушерка приемного покоя вызывает машину скорой помощи.

8. Акушерка приемного покоя при госпитализации пациента:

- а) фиксирует пациентку в "Журнал учета приема беременных, рожениц и родильниц" (учетная форма N 002/у)
- б) вносит данные пациента в систему ЕГИСЗ, сверяет их достоверность.
- в) оформляет Историю родов;
- г) клеивает в медицинскую карту направление, результаты анализов, инструментальных исследований;
- д) информирует больного под роспись:
 - с бланком согласия пациента на обработку персональных данных;
 - режимом работы стационара;
 - местом хранения верхней одежды;
- е) осматривает на педикулез и чесотку пациента и лиц, поступающих по уходу;
- ж) сопровождает пациентку в отделение.

9. Способ транспортировки пациента (пешком, на кресле, на каталке) определяет врач в зависимости от состояния пациента.

10. Соблюдение временных интервалов:

- первичный осмотр медсестры – не позже 5 минут после обращения пациента в приемный покой;
- первичный осмотр врача – не позже 10 минут после обращения пациента в приемный покой;
при жизнеугрожающем состоянии – незамедлительно;
- постановка предварительного диагноза и принятие решения о госпитализации или об отказе в госпитализации – не более 1 часа.



**Алгоритм
оказания
неотложной
медицинской
помощи
при тяжелой
преэклампсии/
эклампсии**

1. Оценить тяжесть ПЭ по следующим показателям: АД, уровень сознания, головная боль, судороги, боль в животе, кровотечение из родовых путей, сердцебиение плода.
2. Вызов врача-акушер-гинеколога, позвать на помощь дополнительный персонал.
3. Вызов врача-анестезиолога-реаниматолога для оказания медицинской помощи при следующих состояниях:
 - судороги (судороги в анамнезе);
 - отсутствие сознания;
 - высокое АД – выше 160/110 мм рт ст;
 - нарушение дыхания;
 - рвота;
 - кровотечение из половых путей (ПОНРП), геморрагический шок.

4. При судорогах: обеспечить проходимость дыхательных путей.

4.1. пациентку уложить на ровную поверхность в положении на левом боку для уменьшения риска аспирации желудочного содержимого, рвотных масс и крови.

4.2. быстро освободить дыхательные пути, открывая рот и выдвигая вперед нижнюю челюсть; одновременно необходимо эвакуировать (аспирировать) содержимое полости рта;

4.3. защитить пациентку от повреждений, но не удерживать ее активно.

4.4. при сохраненном спонтанном дыхании, ввести ротоглоточный воздуховод и проводить ингаляцию кислорода, накладывая носо-лицевую маску, через систему увлажнения кислородной смеси.

4.5. при развитии дыхательного апноэ немедленно начать принудительную вентиляцию носо-лицевой маской с подачей 100% кислорода в режиме положительного давления в конце выдоха.

4.6. если судороги повторяются или больная остается в состоянии комы, вводят миорелаксанты и переводят пациентку на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) в режиме нормовентиляции.

5. Обеспечить венозный доступ (параллельно!): периферическая вена.
6. Ввести магния сульфат 25% 16 мл внутривенно медленно (за 10 минут) и далее через инфузомат со скоростью 1г/ч (25% 4,0мл) - инфузия только раствора магния сульфата.
7. Произвести забор крови для лабораторного исследования ОАК+шизоциты, сфероциты (степень гемолиза), гемостазиограмма (фибриноген, ПТВ, АЧТВ, МНО, тромбоциты), БАК (общий белок, глюкоза, мочевины, мочевиная кислота, креатинин, общий билирубин, свободный билирубин, АЛТ, АСТ, ЛДГ) и отправить на исследование.
8. Катетеризировать мочевой пузырь (оставление постоянного катетера - почасовая регистрация выделения мочи и анализ протеинурии).
 - При эклампсическом статусе, кроме все манипуляции (катетеризация вен, мочевого пузыря, акушерские манипуляции и др. проводят под общей анестезией тиопенталом натрия. Не применять истон...

9. При отсутствии судорог при АД выше 140/90 мм рт.ст. начать таблетированную гипотензивную терапию: метилдопа, нифедипин. При АД выше 160/110 решить вопрос о необходимости двух-трехкомпонентной антигипертензивной терапии.
10. Проводить мониторинг АД (каждые 5 минут или чаще), пульсоксиметрия.
11. Если судороги продолжаются, внутривенно вводят еще 2 г сульфата магния (8 мл 25% раствора) в течение 3 - 5 минут.
12. Начать профилактику РДС плода кортикостероидами при сроке гестации 24-34 недели.
13. Транспортировать в ПИТ.
14. Выполнять непрерывный КТГ-мониторинг плода, произвести УЗИ.