



ШПАРГАЛКА ГИНЕКОЛОГА

Эмболия амниотической жидкостью

На основе клинических рекомендаций - 2025 г.

Классификация эмболии амниотической жидкостью на основе ведущего клинического симптомокомплекса

	Начальные симптомы	Время от начала симптома до остановки сердца	Гистология	Первоначальная терапия
Тип сердечно-легочного коллапса (классический тип)	Внезапная одышка Тяжелая гипотензия (включая остановку сердца) Обморок, потеря сознания	Очень короткий (0-60 мин в типичных случаях)	Амниотические компоненты в легочных сосудах	Сердечно-легочная реанимация, включающая инотропы
ДВС-тип	Массивное кровотечение без свертывания крови Атония матки	Несколько часов	Амниотические компоненты в матке и/или маточных сосудах Тромб в маточных сосудах Интестинальный отек миометрия	Объемная реанимация с добавлением тромбоцитов и факторов свертывания

Дифференциальный диагноз амниотической эмболии

Патология/Признаки	Эмболия амниотической жидкостью	Кровотечение	Сепсис	Анестезиологические осложнения	ТЭЛА	Анафилактический шок
Артериальная гипотония	+++	+++	+++	+++	++	+++
Гипоксия	+++	+/-	+	+++	+++	+++
Коагулопатия	+++	+	+	Нет	Нет	Нет
Внезапное начало	Да	Нет	Нет	Да	Да	Да
Предшествующая лихорадка	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Диагностированное предшествующее состояние	Нет	Кровотечение	Хориоамнионит	Введение анестетика	Нет	Введение медикамента

Консервативное лечение

Этап / Мероприятие	Что делать	Комментарии / Целевые показатели
Венозный доступ	2 периферических катетера <16G	При затруднениях – УЗИ-навигация. Не экстренно ЦВК. После введения препаратов промыть 20 мл кристаллоидов (B05BB). В/костный доступ при невозможности в/в.
Катетеризация мочевого пузыря	Уретральный катетер для контроля диуреза	Цель: 0,5 мл/кг/ч
Интенсивная терапия	Коррекция гипотензии, СЛР при остановке сердца, ИВЛ при дых. недостаточности, коррекция кровопотери и коагулопатии	Мультидисциплинарная команда. Срочный вызов анестезиолога-реаниматолога. Мониторинг: АД, ЧСС, ЭКГ, SpO ₂ , ЧДД, T°, диурез.
Респираторная поддержка	От оксигенотерапии до ИВЛ	ЭТТ 7.0–8.5. Протокол трудных дых. путей. Показания к ИВЛ: апноэ, брадипноэ < 8/мин, гипоксия, отек легких, PaO ₂ < 60 мм рт.ст. и др. Цель SpO ₂ 94–98%. Капнометрия обязательна.
СЛР и родоразрешение	СЛР немедленно. Если >20 нед и нет эффекта за 4 мин экстренное родоразрешение	Не откладывать дефибрилляцию. Использовать адгезивные электроды. Устранять аортокавальную компрессию (смещение матки влево). Продолжать СЛР до и во время извлечения плода.
Расширенные реанимационные мероприятия	После родоразрешения – проводить 30 мин	Алгоритмы Национального совета по реанимации РФ и ERC. Те же режимы дефибрилляции и препараты, как вне беременности.
Инфузионная терапия – старт	Кристаллоиды (B05BB), при неэффективности – коллоиды (альбумин B05AA)	Избегать гипергидратации риск ПЖН и отека легких.
Инфузионная терапия – шок	30–40 мл/кг максимально быстро. При неэффективности – вазопрессоры (C01CA), инотропы (C01CX)	Цели: САД > 90 мм рт.ст., СрАД > 65 мм рт.ст., CI > 2,0 л/мин/м ² .
Правожелудочковая недостаточность / ЛГ	Препараты, снижающие давление в легочной артерии, нормализующие функцию ПЖ	См. рекомендации по легочной гипертензии (2024).
Согревание	Активное согревание	Тепловые одеяла, пушки, только подогретые растворы и компоненты крови.
Коррекция коагулопатии	Антифибринолитики (B02AA, транексамовая к-та) и факторы свертывания (B02BD)	Транексамовая кислота: 15 мг/кг (1000 мг в/в за 10 мин), макс. доза 4000 мг, повтор через 8 ч при кровотечении. Применять по данным коагулограммы.

Хирургическое лечение

Этап / Мероприятие	Что делать	Комментарии / Целевые показатели
Основная цель	Остановить кровотечение хирургическими и консервативными методами	Поэтапный гемостаз: от консервативных методов к хирургическим. Неэффективность любого этапа – переход к следующему.
Сроки вмешательства	Минимизировать время между диагнозом и гемостазом	Хирургия 20 мин при массивной кровопотере >30% ОЦК, если консервативное лечение неэффективно. При коагулопатии и шоке – немедленная лапаротомия. Гистерэктомия не является первым этапом.
Остановка сердца при 23 нед беременности	Смещение матки влево + немедленное родоразрешение	Тактика зависит от срока, состояния матери, плода и возможностей анестезиологической поддержки. Если нет условий – транспортировка в операционную без прекращения СЛР.
Гипотония матки после родов	Утеротонические средства (G02A)	Профилактика и лечение гипотонии по клин. рекомендациям «Послеродовые кровотечения». Дозировки – по инструкции к препаратам.
Анестезиологическое пособие	Общая анестезия с ИВЛ	Препараты: кетамин, фентанил (по инструкции). Показания к продленной ИВЛ: - нестабильная гемодинамика, требующая вазопрессоров ; - продолжающееся кровотечение; - НЬ <70 г/л и необходимость трансфузии SvO <70% ; - сохраняющаяся коагулопатия (МНО/АПТВ >1,5 нормы, фибриноген <1,0 г/л, тромбоциты <50 тыс/мкл).