

Приложение Б. Алгоритмы действий врача

Приложение Б1. Эмболия амниотической жидкостью. Чек-лист начальных мероприятий интенсивной терапии [51]. (Этот контрольный список является только образцом. Каждое учреждение может модифицировать его в соответствии с конкретными возможностями объекта).

Мероприятия по нормализации кровообращения

АВС оценка:

- Проходимость дыхательных путей
- Дыхание
- Кровообращение

Назначить лидера/хронометриста, называющего время с интервалом в 1 минуту.

Если нет пульса, начало СЛР (согласно ERC 2021)

- Сдвиг матки влево или наклон
- Уложить на твердую поверхность

Рассматривайте возможность перехода в операционную только в том случае, если это можно сделать за 2 минуты или меньше.

Если через 4 мин пульс отсутствует, НАЧАТЬ посмертное кесарево сечение (реанимационная гистеротомия)

- Минимальная предоперационная подготовка, не дожидаясь профилактического эффекта антибактериальных препаратов (См. Клинические рекомендации «Роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения», 2020 г.).
- Цель - повысить шансы на восстановление спонтанной циркуляции.

Предвидеть атонию матки, ДВС-синдром, кровотечение (см. Клинические рекомендации «Послеродовое кровотечение», 2021 г.)

Профилактика окситоцином (H01BB: окситоцин и его производные) плюс другие утеротоники (G02A: Утеротонизирующие препараты) по мере необходимости

Рассмотрите возможность установки внутрикостной линии, если необходимо внутривенный доступ катетерами большого диаметра.

Приступить к протоколу массивного переливания крови.

- Криопреципитат (человеческий фактор свертывания крови VIII) для коррекции уровня фибриногена предпочтительнее СЗП для предупреждения перегрузки объемом.

Рассмотрите возможность тромбоэластометрии, если таковая имеется.

*Транексамовая кислота** (1 г внутривенно в течение 10 минут) при ДВС-синдроме или кровотечении*

Управлять легочной гипертензией и правожелудочковой недостаточностью (см. Клинические рекомендации «Легочная гипертензия, в том числе хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия»)

(Анестезиология, реанимация или кардиология)

Рассмотрите возможность эхокардиографии (трансторакальной или чрезпищеводной).

Избегайте перегрузки жидкостью (например, болюсы 500 мл и повторная оценка)

Вазопрессор при необходимости: норэпинефрин 0,05-3,3 мкг/кг/мин

Инотропы при необходимости:

- Добутамин 2,5-5.0 мкг/кг/мин

Легочный вазодилататор, если необходимо разгрузить правый желудочек

- Оксид азота ингаляционно 5-40 частей на миллион **или**
- Илопрост 10-50 нг/кг/мин ингаляционно **или**
- Илопрост 1-2 нг/кг/мин в/в (центральная вена) **или**
- Силденафил 20 мг перорально (при бодрствовании/зонд)

Рассмотрите возможность ЭКМО при длительной СЛР или рефрактерной правожелудочковой недостаточности.

Нет необходимости в дотации кислорода при сатурации O₂ с 94% до 98%.

- Итоговый отчет (вся команда)**

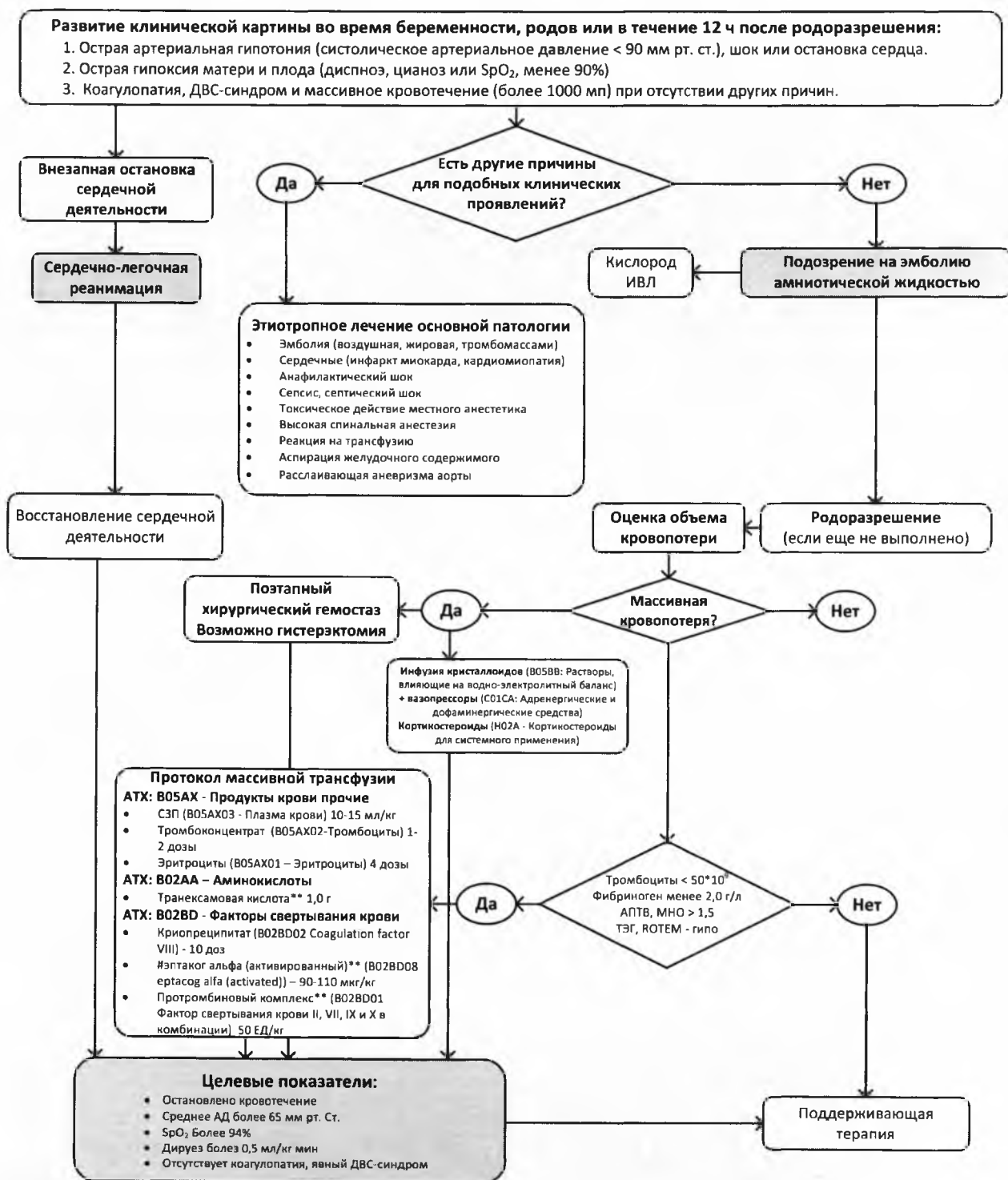
Выявить возможности для улучшения, включая необходимость внесения изменений в контрольный список

Обсудите потребности семьи и персонала в поддержке

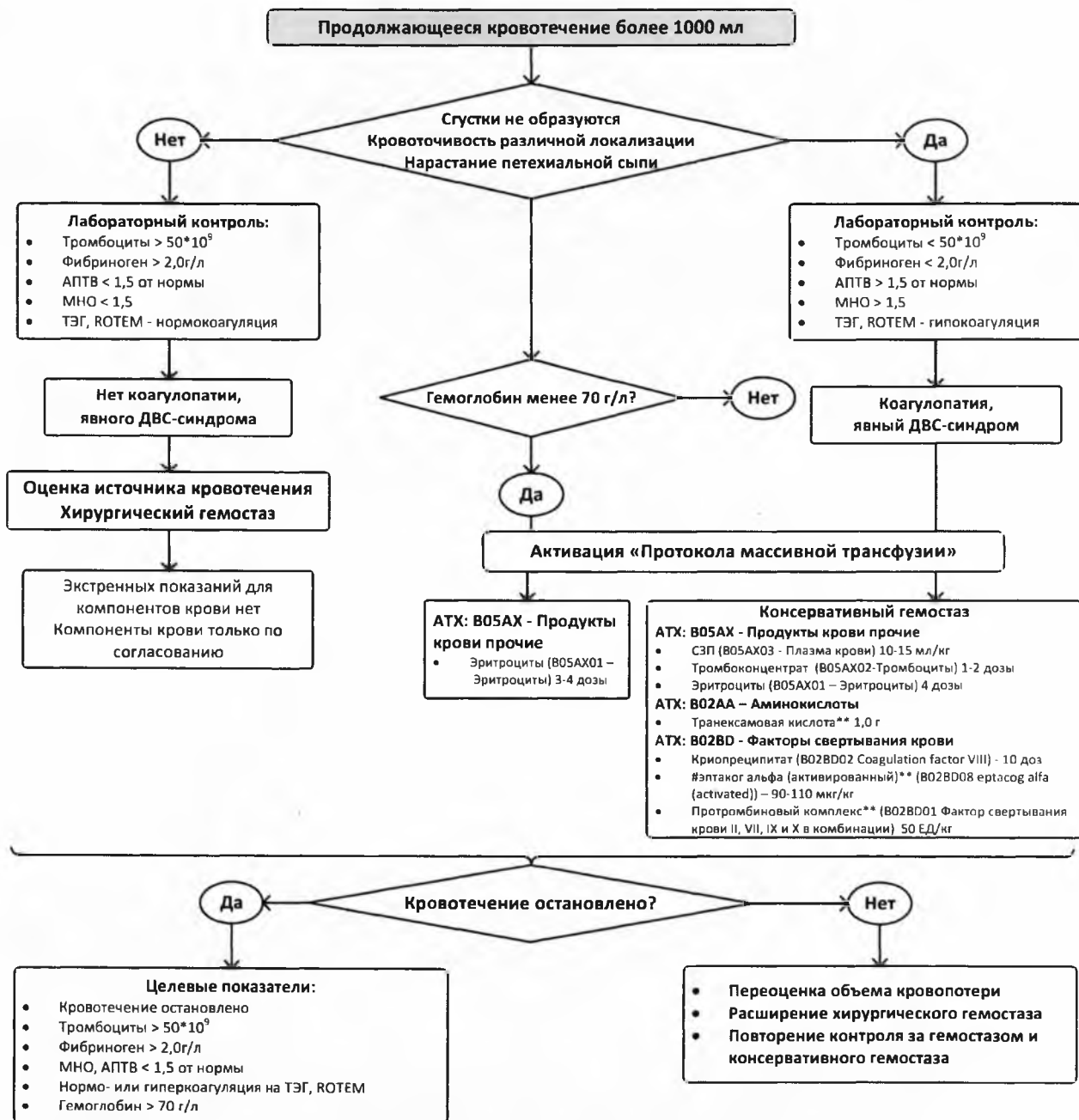
Сообщить о случае эмболии околоплодными водами

Версия от 17 февраля 2021 г.

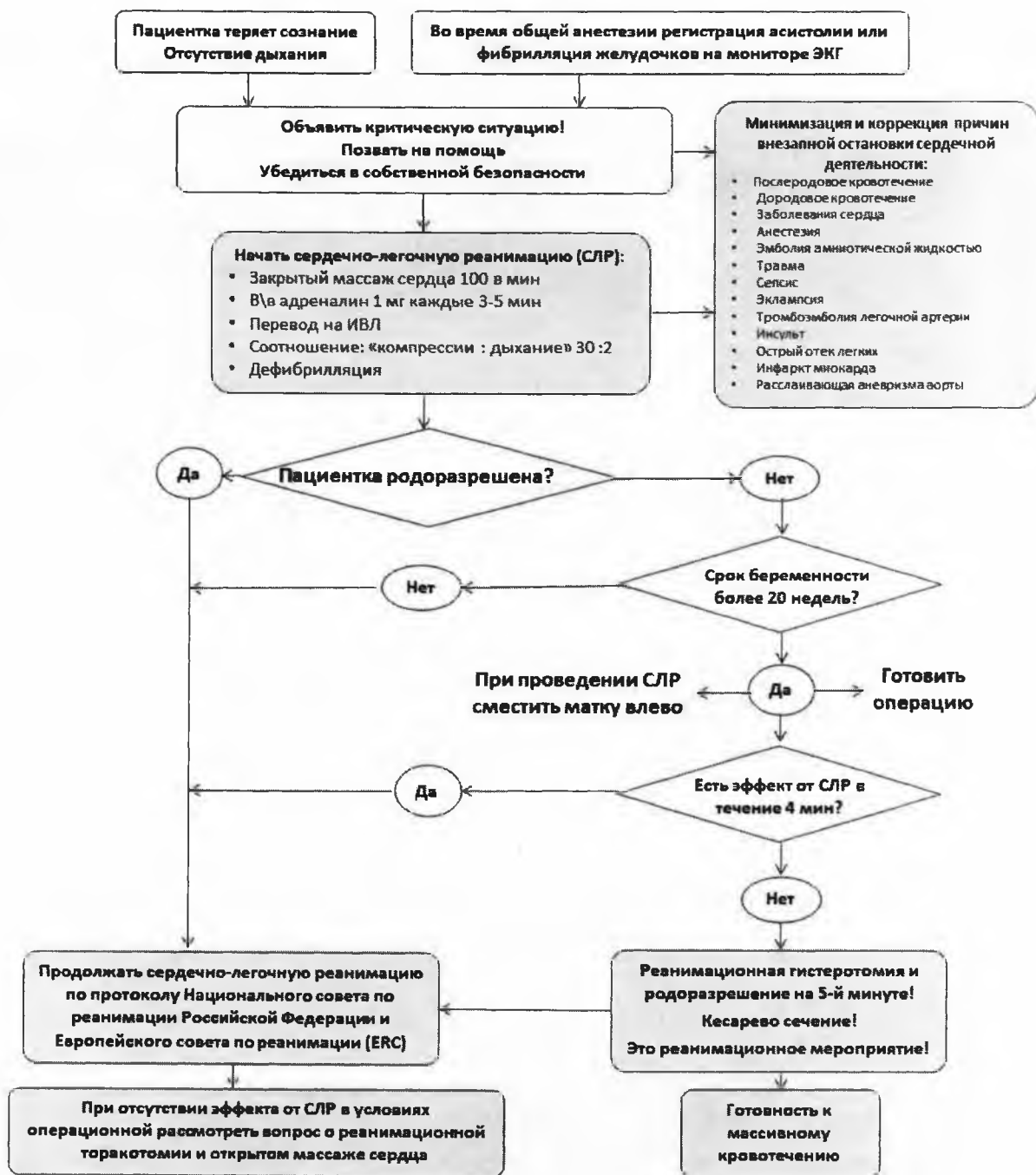
Приложение Б2. Алгоритм диагностики эмболии амниотической жидкостью



Приложение Б3. Алгоритм коррекции коагулопатического кровотечения при эмболии амниотической жидкостью



Приложение Б4. Алгоритм сердечно-легочной реанимации при эмболии амниотической жидкостью в родовой/операционной



Приложение Б6. Алгоритм трудных дыхательных путей в акушерстве²³
См. Клинические рекомендации «Роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения», 2020 г.

²³ R. Hofmeyr. Difficult Airway Society 2015 Guidelines, p. 9-10, 2015