



Российское общество
скорой медицинской помощи



Национальное руководство

Скорая медицинская помощь

Под редакцией
С.Ф. Багненко, М.Ш. Хубутя,
А.Г. Мирошниченко, И.П. Миннуллина



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЗОТАР-Медиа»



АССОЦИАЦИЯ
МЕДИЦИНСКИХ
ОБЩЕСТВ
ПО КАЧЕСТВУ

знаков беременности: увеличение (нагрубание) молочных желез, пигментация сосков, выделение молозива.

- Осмотр языка (обложенный сухой язык — воспалительные заболевания половых органов, аппендицит, кишечная непроходимость, перитонит).
- **Измерение ЧД** (ЧД <20 в минуту может быть при перитоните, острой кровопотере).
- **Измерение ЧСС.** Тахикардия всегда присутствует при «остром животе» любого происхождения; сопровождается лихорадкой, гиповолемией, острую кровопотерю.
- **Измерение АД.** Артериальная гипотензия бывает обусловлена септическим состоянием или гиповолемией при острой кровопотере вследствие разрыва маточной трубы, разрыва кисты (кистомы), апоплексии яичника.
- Живот при осмотре увеличен в объеме при опухолях больших размеров, асците, кишечной непроходимости, перитоните, внутрибрюшном кровотечении. Отставание брюшной стенки от дыхательных экскурсий возникает при всех причинах острого живота.
- **Пальпация живота.**
 - ✦ При перитоните отмечают напряжение и болезненность брюшной стенки, симптом Щеткина–Блюмберга.
 - ✦ При кровотечении в брюшную полость (апоплексия яичника, разрыв маточной трубы, разрыв селезенки) выявляют симптом Куленкампа (болезненность и симптомы раздражения брюшины без напряжения брюшной стенки).
 - ✦ При болевой форме апоплексии яичника отмечается болезненность в нижних отделах живота, симптомы раздражения брюшины выражены слабо.
 - ✦ При разрыве маточной трубы живот ограниченно участвует в акте дыхания, болезнен при пальпации и перкуссии, симптомы раздражения брюшины положительные.
- **Перкуссия живота.** При внутрибрюшном кровотечении, воспалительном выпоте, асците отмечают притупление в отлогих местах (подвздошных областях), которое перемещается при перемене положения тела.
- При **внематочной беременности** величина матки меньше срока предполагаемой беременности, отмечаются боли при смещении шейки матки и односторонний аднекстумор (опухолевидное образование в области придатков матки, выявляемое при гинекологическом обследовании).

Показания к госпитализации. Больных в обязательном порядке по экстренным показаниям госпитализируют в многопрофильный стационар. При наличии шока бригада СМП ставит в известность ответственный персонал приемного покоя или ОСМПС о том, что будет доставлена шоковая больная, и начинает проведение противошоковых мероприятий.

СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

- Вызов врача акушера-гинеколога, анестезиолога-реаниматолога сразу после получения

информации от бригады СМП о транспортировке шоковой больной в данный стационар.

- Шоковую больную доставляют непосредственно в противошоковую палату, где проводят первичный осмотр, забор материалов для исследования, экстренное УЗИ (по показаниям), противошоковые мероприятия, подготовку к экстренной операции.
- При отсутствии экстренных показаний к оперативному лечению и нахождению в реанимационной палате больную после необходимого обследования (лабораторные исследования по назначению гинеколога, УЗИ, консультации смежных специалистов) госпитализируют в гинекологическое отделение для дальнейшего лечения.

Алгоритм экстренной медицинской помощи при нарушенной внематочной беременности приведен на рис. 16.6.

Наиболее часто встречающиеся ошибки

- Введение обезболивающих ЛС.
- Отсрочка госпитализации.

16.5. ТОКСИКОЗЫ И ГЕСТОЗЫ БЕРЕМЕННЫХ

Определение

Токсикозы и гестозы беременных — патологические состояния, которые проявляются только во время беременности и, как правило, исчезают после ее окончания или в раннем послеродовом периоде. Они представляют собой комплекс нарушений обменных процессов во всех органах и системах материнского организма в результате недостаточности адаптации к новым условиям, связанным с внутриутробным развитием плода. Частота гестозов составляет 8–16% среди всех беременных; в стационарах высокого риска — 30% и более. Среди причин материнской смертности 20–25% случаев приходится на долю гестозов, перинатальная смертность при этом заболевании в 3–4 раза превышает среднюю. Ежегодно в мире умирает около 600 тыс. женщин от причин, связанных с беременностью и родами. Среди этих причин преэклампсия и эклампсия занимают одно из первых мест. Уровень материнской смертности, связанной с эклампсией, составляет около 10%.

Этиология и патогенез

Токсикозы — осложнения, связанные с беременностью, которые проявляются в ранние сроки беременности, чаще в первые 3 мес. Если же клинические симптомы наиболее выражены во II и III триместре беременности, можно говорить о гестозах.

К токсикозам относят часто встречающиеся слюнотечение, рвоту беременных, а также такие редкие формы токсикоза, как хорей беременных, остеомаляция, бронхиальная астма беременных, дерматозы, тетания, острая желтая дистрофия печени.

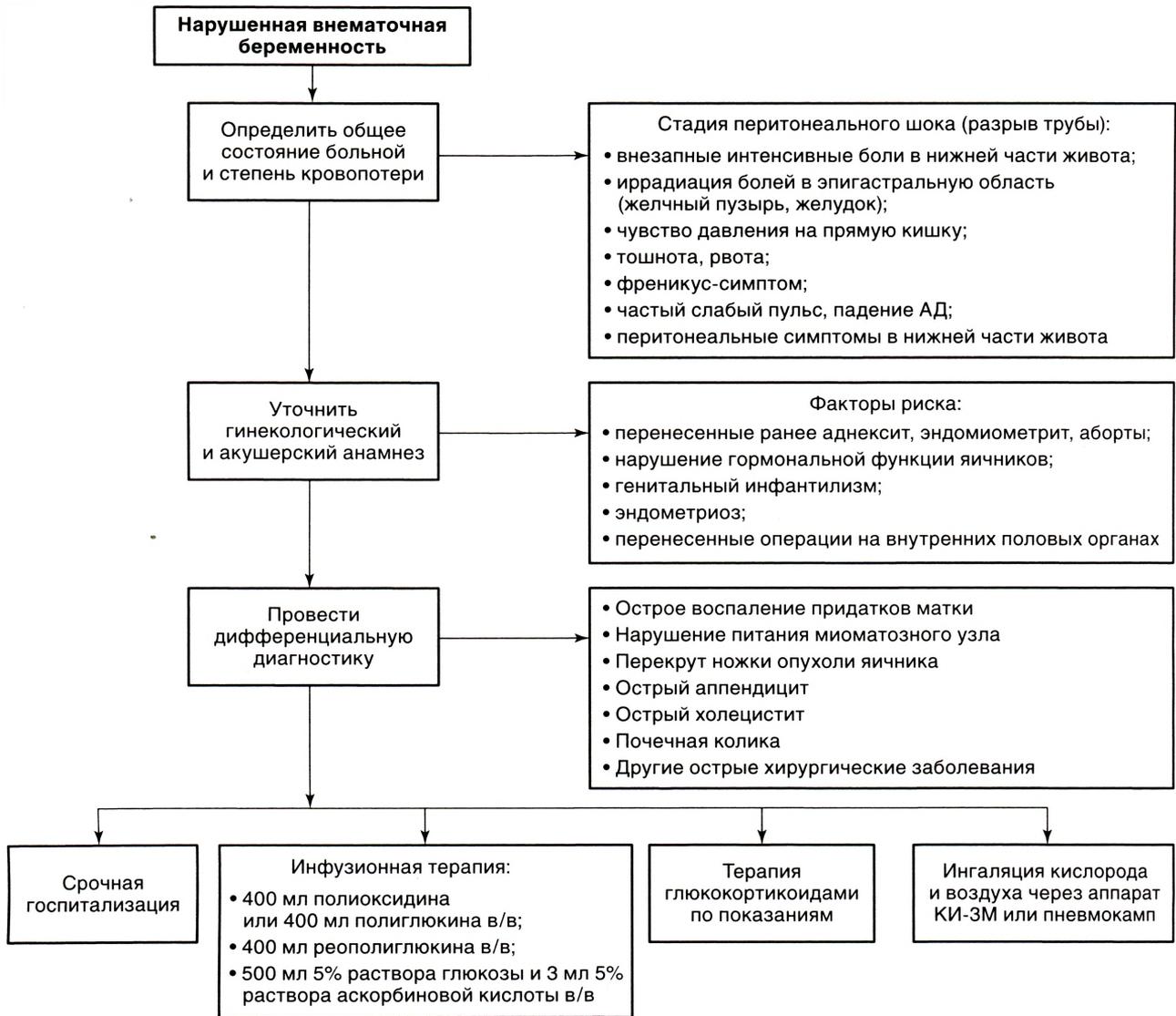


Рис. 16.6. Алгоритм неотложной помощи при кровотечении при внематочной беременности

Термин «гестоз» объединяет ряд патологических состояний, характеризующихся полиорганной функциональной недостаточностью с нарушением функций почек, печени, сосудистой и нервной системы, фетоплацентарного комплекса.

Причинами неотложных состояний могут быть неукротимая рвота беременных, преэклампсия, эклампсия, тяжелые формы гестоза.

Этиология токсикозов и гестозов остается до конца невыясненной. В последние годы убедительно показано значение в их развитии сопутствующей соматической патологии (фоновые заболевания), особенно заболеваний почек (пиелонефрит), гипертонической болезни, эндокринопатий (СД), пороков сердца, резус-несовместимой беременности, часто на фоне перенесенных во время беременности инфекционных заболеваний (грипп, острые респираторные заболевания).

Фоновые состояния, способствующие возникновению гестозов:

- первородящие моложе 18 и старше 28 лет;

- профессиональные вредности;
- генетическая предрасположенность;
- несбалансированное питание;
- неблагоприятные бытовые условия;
- неустроенность и противоречия в семейной жизни.

Фоновые заболевания и состояния способствуют нарушению адаптации к развивающейся беременности, что проявляется развитием гестоза.

Основные звенья **патогенеза гестозов**:

- генерализованный спазм сосудов;
- гиповолемия;
- изменение реологических и коагуляционных свойств крови;
- нарушение микроциркуляции и водно-солевого обмена;
- повышение вязкости крови, замедление кровотока;
- появление объемов медленно циркулирующих и не циркулирующих эритроцитов, их лизис с освобождением кровяного тромбопласти-

на и развитием хронической формы ДВС-синдрома.

Нарушение кровообращения приводит к развитию дистрофических и некротических изменений в тканях. В первую очередь при этом поражаются ЦНС, печень, почки, легкие, система маточно-плацентарного кровообращения.

Если беременность наступила у больной женщины (гипертоническая болезнь, заболевания почек, эндокринопатия и др.), плацента исходно развивается в неблагоприятных условиях. Нарушается ее микроструктура, плацента становится легко проницаемой для антигенов плода. В различной степени снижаются все функции плаценты:

- дыхательная (гипоксия плода);
- питательная (гипотрофия, задержка внутриутробного развития);
- защитная (опасность внутриутробного инфицирования);
- выделительная (маловодие).

Второе типичное звено поражения — почки. Мочевыделительная система начинает страдать раньше других и больше других органов. Постепенно нарушаются все основные функции почек — фильтрационная, концентрационная, реабсорбционная, выделительная, гормональная и регуляторная. Снижение этих свойств нарушает регуляцию в организме беременной АД, ОЦК, объема циркулирующей плазмы, осмолярности плазмы, плотности и кислотности мочи.

В условиях выраженного нарушения микроциркуляции, хронической тканевой гипоксии в той или иной степени вовлекается печень. Морфологическая основа печеночной недостаточности — дистрофические изменения паренхимы печени, жировое перерождение гепатоцитов (острый жировой гепатоз) или нарушение обмена холестерина.

Токсикозы беременных

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Слюнотечение, рвота и неукротимая рвота беременных — различные степени выраженности токсикоза. Слюнотечение (птиализм) начинается с симптома избытка слюны в полости рта беременной. При тяжелой форме птиализма суточное отделение слюны может достигать нескольких литров. Это приводит к потере белков, углеводов, витаминов, солей и обезвоживанию организма.

- При **легкой степени рвоты беременных** общее состояние больной остается удовлетворительным. Рвота наблюдается 2–3 раза в сутки, чаще после еды.
- При **средней степени рвоты беременных** отмечают ухудшение общего состояния больной, рвоту до 10–12 раз в сутки, уже не связанную с приемом пищи, потерю массы тела до 2–3 кг в месяц, тахикардию до 100 в минуту, ацетонурию и иногда субфебрильную температуру.
- При **неукротимой рвоте беременных** у больной выражена интоксикация, нарушен сон, появляется адинамия. Рвота бывает до 20–25 раз в сутки, развивается обезвоживание, тахикардия

достигает 110–120 в минуту. Нередко имеют место артериальная гипотензия, выраженная ацетонурия, сдвиг кислотно-щелочного равновесия в сторону ацидоза. Общее состояние больной становится тяжелым.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- Острый аппендицит.
- Кишечная непроходимость.
- Пищевые отравления.
- Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.
- Тиреотоксикоз.
- Трофобластическая болезнь (пузырный занос).
- Острый панкреатит.
- Язвенная болезнь.
- Пиелонефрит.
- Почечная колика.

СОВЕТЫ ПОЗВОНИВШЕМУ

- Уложить беременную в постель.
- Прекратить прием ЛС.
- До уточнения диагноза не кормить, не поить.

ЛЕЧЕНИЕ

Скорая медицинская помощь на догоспитальном этапе

Действия на вызове. На вызове в обязательном порядке выясняют следующее.

- срок беременности, какая беременность по счету, состоит ли пациентка на учете в женской консультации, резус-принадлежность, были ли изменения в анализах крови и мочи;
- перенесенные и хронические заболевания ЖКТ;
- есть ли постоянное употребление ЛС и их возможная передозировка или побочное действие (как причина острой тошноты и рвоты);
- длительность, частота, интенсивность тошноты и рвоты;
- характер рвотных масс (количество, консистенция, цвет, запах) и патологические примеси (кровь, слизь, желчь, съеденная пища);
- приводит ли рвота к облегчению состояния;
- какие ЛС применялись или меры предпринимались для лечения рвоты;
- есть ли потеря массы тела;
- есть ли снижение диуреза, запоры, сухость во рту;
- есть ли повышение температуры тела.

Осмотр и физикальное обследование

- Оценить общее состояние беременной.
- Уточнить срок беременности.
- Выявить и оценить выраженность пищеварительных расстройств и обезвоживания организма.
- Выявить и оценить выраженность системной интоксикации — тахикардия, артериальная гипотензия, тахипноэ.
- Диагностировать клинически значимую дегидратацию: снижение тургора кожи, сухость кожи, выраженный кожный рельеф на ладонях и пальцах («руки прачки»), сухой язык, запах ацетона изо рта, болезненность печени при пальпации.

Лечебные мероприятия

- Для снятия рвоты ввести 0,25% раствор дроперидола по 0,5–1,0 мл внутримышечно или внутривенно; возможно введение 2 мл метоклопрамида

с последующим введением 2 мл 0,5% раствора диазепама (реланиума*) внутримышечно.

- Для лечения развивающегося при неукротимой рвоте беременных гиповолемического шока внутривенно вводят дисоль*, трисоль*, калия хлорид + магния хлорид + натрия хлорид + натрия фумарат (мафусол*), 0,9% раствор натрия хлорида, а также 5% раствор декстрозы.
- Для улучшения выделительной функции почек в конце инфузионной терапии внутривенно вводят 10 мл 2,4% раствора аминофиллина.
- Сердечные гликозиды (ландыша листьев гликозид, строфантин-К) беременным с обезвоживанием не вводят или вводят только под контролем ЭКГ.
- Нельзя вводить прессорные амины (допамин).
- Инфузионную терапию необходимо проводить на фоне оксигенотерапии.

Показания для госпитализации. Пациенток с рвотой беременных желательно доставлять в гинекологическое отделение или акушерский стационар многопрофильной больницы для исключения возможной соматической или хирургической патологии. Транспортировку больных осуществляют в горизонтальном положении под контролем АД, ЧСС и ЧД.

Рекомендации для больных, оставленных дома (не госпитализируют только пациенток с легкой формой рвоты беременных).

- Пациентке сообщают о том, что ее состояние временное и обычно разрешается в течение I триместра.
- Рекомендуют по возможности избегать приема ЛС. Желательно приостановить прием препаратов железа до разрешения тошноты.
- Перед тем как вставать с постели, рекомендуют съесть сухое печенье.
- В связи со снижением аппетита рекомендуют употребление разнообразной пищи по желанию, которую следует принимать в охлажденном виде, небольшими порциями каждые 2–3 ч в положении лежа. Исключают алкоголь, жирную пищу, приправы, а также определенные продукты, вызывающие рвоту у данной больной.
- Важны лечебно-охранительный режим и устранение отрицательных эмоций.
- Обязателен патронаж врача женской консультации.

Скорая медицинская помощь на стационарном этапе

- Вызов врача акушера-гинеколога.
- Забор крови и мочи для клинического и биохимического исследований в экстренном порядке.
- По показаниям — УЗИ, ЭКГ, консультации смежных специалистов.
- Госпитализация в гинекологическое отделение.

Клиническая фармакология ЛС

- **Дроперидол** дает кратковременный (около 0,5–1 ч), но сильный нейролептический эффект, обладает также протившоковым и противорвотным свойством, снижает АД. Усиливает действие анальгетиков и наркотиков. Эффект при внутривенном введении проявляется через 2–5 мин, достигает максимума через 20–30 мин

и продолжается до 2–3 ч. Выпускают в ампулах по 5 и 10 мл 0,25% раствора (12,5 и 25,0 мг). Вводят внутримышечно или внутривенно (медленно или капельно) по 2,5–5,0 мг (1–2 мл), часто применяют в сочетании с опиоидным анальгетиком фентанилом.

- **Диазепам** — анксиолитический препарат (транквилизатор), приводит к снятию эмоционального напряжения, подавляет чувство тревоги, страха, оказывает седативное и умеренное снотворное действие. Проникает через плацентарный барьер. При одновременном приеме со снотворными, седативными препаратами наблюдают резкое усиление угнетающего действия на ЦНС. Выпускают в ампулах по 1 мл (5 мг), вводят внутримышечно или внутривенно.
- **Трометамол** — антиацидотическое средство системного действия (диуретическое, нормализующее КОС, осмодиуретик). В отличие от натрия гидрокарбоната не повышает содержание углекислого газа в крови, проникает через клеточные мембраны и устраняет внутриклеточный ацидоз. Не связывается с белками крови, полностью выводится почками в неизменном виде. Выпускают во флаконах по 250 мл в виде 3,66% водного раствора для инфузий, вводят только внутривенно медленно (120 капель в минуту или 500 мл/ч). Быстрое введение допускают только в исключительных случаях (ацидоз после остановки сердца — до 60 мл/мин). Возможны угнетение дыхания, артериальная гипотензия, гипогликемия.

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ОШИБКИ

- Неадекватная оценка тяжести состояния беременной, что приводит к отсрочке госпитализации.
- Пренебрежение инфузионной терапией при рвоте беременных средней тяжести и тяжелой.
- Применение сердечных гликозидов для купирования тахикардии.

Гестозы беременных

КЛАССИФИКАЦИЯ

По **клинической форме** гестозы классифицируют следующим образом.

- **Чистый** — развивается в конце III триместра, недлительного течения.
- **Сочетанный** — возникает на фоне гипертензии, заболеваний почек, печени, нейроэндокринной системы.
- **Неклассифицированный** — отсутствие достаточной информации для диагноза.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

К достоверным признакам гестоза относят наличие во второй половине беременности его основных клинических симптомов: протеинурии, артериальной гипертензии, отеков и их сочетаний с учетом возможного преобладания одного над другим.

Для оценки степени тяжести гестоза на догоспитальном этапе используют шкалу Гоека в модификации Г.М. Савельевой (табл. 16.1).

Таблица 16.1. Оценка степени тяжести гестоза (шкала Гоека в модификации Г.М. Савельевой)

Симптомы	Баллы			
	0	1	2	3
Отеки	Нет	На голенях или патологическая прибавка массы тела	На голенях и передней брюшной стенке	Генерализованные
Протеинурия, ‰	Нет	0,033–0,132	0,132–1,0	1,0 и более
САД, мм рт.ст.	Ниже 130	130–150	150–170	170 и выше
ДАД, мм рт.ст.	До 85	85–90	90–110	110 и выше
Срок беременности, при котором впервые был диагностирован гестоз	Нет	36–40 нед	30–35 нед	24–30 нед
Гипотрофия плода	Нет	Нет	Отставание в развитии на 1–2 нед	Отставание в развитии на 3 нед и более
Фоновые заболевания	Нет	Проявление заболевания до беременности	Проявление заболевания во время беременности	Проявление заболевания до и во время беременности
Оценка: до 7 баллов — легкая форма гестоза; 8–11 баллов — гестоз средней тяжести; 12 баллов и более — тяжелая форма гестоза.				

Для оценки тяжести гестоза используют результаты исследования глазного дна. При легких формах гестоза отмечают неравномерность сосудов сетчатой оболочки глазного дна. При нарастании тяжести гестоза появляется отек сетчатки, возможны кровоизлияния и дистрофические изменения.

К **критическим проявлениям гестоза**, требующим быстрого родоразрешения, относят:

- преэклампсию;
- эклампсию;
- эклампсическую кому;
- тяжелые повреждения печени — HELLP-синдром, острый жировой гепатоз, острую почечно-печеночную недостаточность, острую подкапсульную гематому, разрыв капсулы печени;
- преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты;
- развившиеся на фоне гестоза осложнения тяжелой гипертензии со стороны глаз (кровоизлияния в стекловидное тело, отслойку сетчатки).

Преэклампсия

Критическое, но обратимое состояние, предшествующее самой тяжелой форме гестоза — эклампсии. Патофизиологическая основа синдрома — нарушение и недостаточность мозгового кровообращения в сочетании с генерализацией системных нарушений печени, почек, гемостаза, гемодинамики, легких, сердечно-сосудистой системы.

Характерны различные комбинации следующих симптомов:

- головная боль, чаще в затылочной и височной области;
- расстройство зрения, пелена или мелькание «мушек» перед глазами;
- боли в надчревной области и правом подреберье, часто сочетающиеся с головными болями;
- тошнота, рвота;
- «судорожная готовность» — гиперрефлексия;

- психическое возбуждение или, напротив, угнетенное состояние;
- повышение АД до критического уровня — 170/110 мм рт.ст. и выше;
- олигурия — диурез 600 мл и ниже;
- низкий часовой диурез — менее 60 мл/ч;
- генерализованные отеки;
- кожный геморрагический синдром в виде петехий.

Эклампсия

Если период преэклампсии по каким-либо причинам был пропущен или терапия была неадекватной, развивается **эклампсия**. Патофизиологическая основа синдрома — острый отек мозга, высокая внутричерепная гипертензия, срыв ауторегуляции и нарушение мозгового кровообращения, ишемические и геморрагические повреждения структур мозга.

Клиническая картина эклампсии складывается из четырех периодов.

- **Предсудорожный период** — длительность 20–30 с. Отмечают мелкие подергивания мышц лица, верхних конечностей, появляется фиксированный в одну сторону застывший взгляд.
- **Период тонических судорог** — длительность 20–30 с. Вслед за подергиванием верхних конечностей голова запрокидывается, тело вытягивается, напрягается, позвоночник изгибается, лицо бледнеет, челюсти плотно сжимаются, зрачки расширяются и уходят под верхнее веко, вследствие чего остаются видимыми только глазные яблоки, дыхание прекращается, язык оказывается прикушенным, пульс трудно прощупывается, сознание отсутствует.
- **Период клонических судорог**. Клонические судороги, так же как и тонические, распространяются по направлению книзу, дыхание отсутствует, пульс неощутим, лицо багрово-синего цвета, вены напряжены.

- **Период разрешения припадка** — происходит глубокий прерывистый вдох, изо рта появляется пена (иногда с примесью крови), дыхание становится регулярным, исчезает цианоз, женщина приходит в сознание, но сознание сумеречное, выражена амнезия.

Продолжительность припадка — 1,5–2 мин.

Эклампсия крайне опасна даже при наличии одного припадка, так как в момент приступа может произойти кровоизлияние в жизненно важные центры мозга (прорыв крови в желудочки мозга).

Клинические формы эклампсии:

- отдельные припадки;
- серия судорожных припадков (статус экламптикус);
- бессудорожная (самая тяжелая форма).

Эклампсическая и постэклампсическая кома

Результат тяжелого гипоксического и метаболического повреждения мозга, проявляющегося ишемическим или геморрагическим инсультом, острым отеком мозга (который не удалось купировать) или диффузным сосудистым нарушением функций полушарий мозга, ствола или ретикулярной формации. В результате потери регулирующей функции мозга развиваются тяжелейшие дисфункции органов и систем, нарушается гемостаз. Иногда кома переходит в сопор. На фоне глубокого торможения психической активности могут иметь место отдельные элементы сознания и ответ на простейшие речевые команды или болевые раздражения.

Неблагоприятные прогностические признаки:

- гипертермия;
- расстройство дыхания;
- снижение АД;
- анурия.

Острый жировой гепатоз

Развивается в последнем триместре беременности на фоне длительно текущего гестоза. Патогенез этого поражения печени заключается в диффузном жировом перерождении гепатоцитов без реакции воспаления и некроза. Основные симптомы — анорексия, резкая слабость, тошнота, признаки геморрагического диатеза (рвота «кофейной гущей», кровоточивость десен), олигурия. На более поздней стадии развивается желтуха. Прогноз крайне неблагоприятный, летальность составляет 70–80%.

HELLP-синдром

Название этот синдром получил по начальным буквам ведущих симптомов (Hemolysis — гемолиз, Elevated Liver enzymes — повышение активности печеночных ферментов, Low Platelet — тромбоцитопения).

Синдром развивается на фоне сочетанного гестоза, хронического ДВС-синдрома и почечно-печеночной недостаточности (нефрогепатопатии). Синдром развивается остро: появляются резкая слабость, одышка, сердцебиение, боли в пояснице, нередко повышение температуры, чувство страха. Характерны изменения на ЭКГ (увеличение амплитуды зубца T при сужении его основания и заострении верхушки, смещение книзу интервала Q–T, замедление внутрижелудочковой проводимости, исчезновение зубца P).

Острая печеночно-почечная недостаточность

Следствие и терминальная стадия тяжелого гестоза. Диагностировать острую печеночно-почечную недостаточность не просто, так как при этом состоянии преобладают симптомы, характерные для коагулопатии, интоксикации, кровотечения, преэклампсии.

Острая подкапсульная гематома и спонтанный разрыв печени

Крайне тяжелые осложнения гестоза, почти всегда приводящие к летальному исходу. В основе лежат сосудистые нарушения, типичные для позднего гестоза, или внутривенные паренхиматозные поражения. Основные симптомы — острые нарастающие боли в правом подреберье, признаки острой кровопотери.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

Типичные симптомы — острые боли внизу живота, артериальная гипотензия, тахикардия. Наружного кровотечения может не быть, если отслойка имеет не краевую, а центральный характер.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Необходимо исключить:

- диабетическую кому;
- уремическую кому;
- печеночную кому;
- острую гипертоническую энцефалопатию;
- эпилепсию.

Диабетическая кома развивается у больной, ранее страдавшей диабетом, который иногда протекает скрыто, и коматозное состояние может быть первым проявлением заболевания. Клиническая картина при диабетической коме характеризуется постепенно наступающей потерей сознания. Дыхание становится шумным, глубоким и редким. В выдыхаемом воздухе определяют запах ацетона. Характерный симптом диабетической комы — гипотония глазных яблок. Мышцы расслаблены, зрачки обычно сужены, сухожильные рефлексы снижены.

Уремическая кома развивается (постепенно) в результате недостаточности функций почек при различных их заболеваниях. Первыми появляются признаки диспепсии (потеря аппетита, сухость во рту, тошнота, быстрая потеря массы тела), затем — поносы и боли внизу живота, что связано с выделением мочевины слизистой ЖКТ. Больные жалуются на повышенную жажду. Кожа сухая с большим количеством расчесов и кровоизлияний. Отмечаются гипертония и гипертрофия ЛЖ сердца, запах аммиака изо рта. Температура тела снижается. Зрачки резко сужены.

Печеночная кома возникает в результате резкого нарушения функций печени при поражении ее паренхимы. При распознавании печеночной комы имеют значение указания на перенесенную болезнь Боткина, исходом которой может стать острая дистрофия печени. При печеночной коме больная лежит неподвижно, не реагируя даже на сильные внешние раздражители, и только издает стон при пальпации печени. Сильно выражена желтуха. Изо рта чувствуется своеобразный сладковатый «печеночный» запах. Живот вздут, печень уменьшена. Пульс частый, аритмичный.

Клонические судороги при **острой гипертонической энцефалопатии** напоминают таковые при эклампсии. Дифференциальная диагностика с указанными заболеваниями представляет значительные трудности. Указания на повышение АД до наступления беременности или в первые ее месяцы, изменения со стороны сердца (гипертрофия ЛЖ, акцент II тона на аорте, изменения на ЭКГ) свидетельствуют о гипертонической болезни. Все это вместе взятое позволяет отличить эклампсию от гипертонической болезни и поставить правильный диагноз.

При **эпилепсии** обычно имеются указания на судорожные припадки до беременности или в ее первые месяцы. Отсутствие отеков, альбуминурии и АГ помогает отличить эпилепсию от эклампсии. Перед эпилептическим припадком больная обычно вскрикивает, а после припадка быстро приходит в сознание. Наблюдается также непроизвольное мочеиспускание.

Истерические припадки не нарушают общего состояния, сознание сохранено и нет симптомов, характерных для позднего гестоза.

СОВЕТЫ ПОЗВОНИВШЕМУ

- Создать в помещении лечебно-охранительный режим: исключить источники шума, занавесить шторы, не оставлять пациентку в одиночестве.
- Придать пациентке положение Фаулера (с приподнятым головным концом).
- Держать наготове ложку, обернутую марлей (для введения в рот и восстановления проходимости верхних дыхательных путей при возникновении судорог).
- Следить за дыханием.

ЛЕЧЕНИЕ

Действия на вызове. На вызове в обязательном порядке выясняют следующее.

- срок беременности, состоит ли пациентка на учете, проверить карту беременной;
- наличие патологической прибавки массы тела (более 400 г в нед);
- имеет ли место неравномерная прибавка массы тела со снижением в ответ на прием диуретиков и последующим быстрым повышением;
- есть ли нарастание отеков;
- наличие изменений в анализах мочи (протеинурия);
- есть ли уменьшение суточного диуреза;
- имеет ли место появление зуда кожных покровов, желтушного окрашивания склер;
- есть ли повышение АД;
- наличие стрессовых ситуаций дома, в семье, на работе;
- имеют ли место головные боли, головокружения;
- есть ли нарушения зрения (туман перед глазами, мелькание мушек);
- наличие заторможенности, вялости, бессонницы.

Осмотр и физикальное обследование

- Общее состояние беременной.
- Состояние кожного покрова.
- Зрачковые и сухожильные рефлексы.
- Степень нарушения сознания больной.
- Видимые отеки нижних конечностей, одутловатость лица.

- Измерение АД на периферических артериях на обеих руках (имеет значение асимметрия показателей). Возможно превышение АД по сравнению с исходным (до беременности) на 20–25 мм рт.ст.
- ЧСС, ЧД.

Показания к госпитализации. Во всех случаях гестоза обязательна незамедлительная госпитализация беременной в акушерский стационар: при нетяжелом течении заболевания — в отделение патологии беременных, при тяжелом — в акушерское реанимационное отделение.

Всех больных доставляют через приемное отделение акушерского стационара. Однако в случае транспортировки беременной с преэклампсией или эклампсией целесообразно сообщить в соответствующий стационар о скорой доставке туда тяжелобольной. Всех беременных и рожениц госпитализируют только санитарным транспортом в сопровождении медицинского персонала (фельдшера, желательного — врача). Предпочтительна транспортировка в специализированной реанимационной машине. При наличии в городе, районе специализированной акушерской реанимационной бригады СМП транспортировку должна осуществлять эта бригада. Беременные с нефропатией могут быть транспортированы в положении сидя. При преэклампсии и эклампсии обязательна транспортировка на носилках, в сопровождении врача, с передачей больной непосредственно врачу стационара.

Лечебно-тактические мероприятия при гестозе тяжелой степени направлены на:

- медикаментозное обеспечение лечебно-охранительного режима беременной (роженицы или родильницы);
- лечение гестоза, в том числе:
 - ✦ устранение генерализованного спазма сосудов;
 - ✦ снижение АД;
 - ✦ нормализация общей гемодинамики и микроциркуляции в жизненно важных органах;
 - ✦ коррекция метаболических нарушений;
 - ✦ восстановление гомеостаза;
- поддержание жизнедеятельности плода;
- бережное родоразрешение в интересах матери и плода.

Оказание помощи беременным с гестозом тяжелой степени необходимо начинать как можно раньше, на догоспитальном этапе (дома, в женской консультации, в машине СМП).

- Самое главное мероприятие — создание лечебно-охранительного режима путем **нейролептаналгезии**. С этой целью вводят: внутривенно или внутримышечно 2 мл 0,5% раствора диазепама и 1 мл 2,5% раствора прометазина (или 2 мл 1% раствора дифенгидрамина); внутримышечно или внутривенно 2 мл 0,25% раствора дроперидола (под контролем АД!). Нейролептаналгезию можно усилить введением 1 мл 2% раствора тримеперидина или 1 мл 0,005% раствора фентанила.
- Внутримышечно вводят 3–4 мл 1% раствора бендазола и 2–4 мл 2% раствора папаверина.
- Вводят 25% раствор **магния сульфата** по одной из ниже приводимых схем. Магния сульфат оказывает успокаивающее действие на ЦНС и уменьшает судорожную готовность, оказывает гипотензивное и диуретическое действие.

- ✦ **Схема Бровкина.** Внутримышечно вводят 24 мл 25% раствора магния сульфата, что соответствует 6 г сухого вещества, 4 раза через 4 ч. Препарат вводят вместе с 5 мл 0,5% раствора прокаина в верхненаружный квадрант ягодицы длинной иглой, обязательно на фоне предварительной нейролептаналгезии (диазепам, дроперидол, дифенгидрамин), так как боль может спровоцировать приступы эклампсии.
 - ✦ Первую инъекцию 25% раствора магния сульфата можно сделать внутривенно по 10–12 мл на 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида, а последующие инъекции — внутримышечно; скорость внутривенного введения препарата — 16–18–30 капель в минуту.
 - ✦ При тяжелых формах гестоза вводят внутривенно капельно 30 мл 25% раствора магния сульфата, что соответствует 7,5 г сухого вещества, разведенного в 400 мл декстрана (реополиглюкина*) или в 300 мл 0,9% раствора натрия хлорида. Скорость введения лечебной смеси: 100 мл в течение первого часа, затем 15–30 капель в минуту под контролем АД, ЧД и выраженности коленных рефлексов.
 - ✦ При любом варианте дата и время введения магния сульфата должны быть указаны в сопроводительном листе!
 - В качестве **гипотензивных средств** при оказании неотложной помощи женщинам с гестозами могут быть использованы следующие препараты:
 - ✦ под язык гидралазин по 0,01 г или пропранолол по 0,01 г;
 - ✦ внутрь клонидин в таблетках по 0,000075 г или 0,00015 г;
 - ✦ при АД 160/100 мм рт.ст. и выше клонидин может быть использован подкожно, внутримышечно или внутривенно в дозе 0,5–1,0 мл 0,01% раствора; для внутривенного введения раствор клонидина разводят в 10–20 мл 0,9% раствора натрия хлорида.
 - Если гестоз протекает на фоне **гипертонической болезни**, можно (с осторожностью!) вводить такие препараты, как темехин[®], азаметония бромид, гексаметония бензосульфат[®], нифедипин, натрия нитропруссид. В целях профилактики неуправляемой гипотензии нежелательно снижение САД у беременных менее 135–140 мм рт.ст. Резкое снижение АД вызывает тахикардию у плода.
 - С целью **профилактики гипоксии плода** вводят 3 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты и 5 мл 5% раствора унитиола* в 20 мл 40% раствора декстрозы.
 - Обязательный компонент лечения тяжелых форм гестоза — **инфузионная терапия**. С этой целью внутривенно капельно вводят 400 мл раствора калия хлорид + магния хлорид + натрия хлорид + натрия фумарат (мафусола*), при его отсутствии — трисоль* или дисоль* по 200–250 мл. Объем инфузионной терапии при гестозе тяжелой степени, преэклампсии и эклампсии не должен превышать 600–800 мл (при сохранном диурезе!).
 - Для **улучшения реологических свойств крови** внутривенно капельно вводят препараты декстрана — 400 мл реополиглюкина*, реоглюмана* или рондекс[®].
 - При выраженной тахикардии применяют **сердечные гликозиды**: 0,5–1,0 мл 0,05% раствора строфантина-К или 0,5–1,0 мл 0,06% раствора ландыша листьев гликозида внутривенно в 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида.
 - В конце инфузии внутривенно струйно вводят 10 мл 2,4% раствора аминофиллина.
 - При отсутствии эффекта от проводимой терапии у беременных с гестозом тяжелой степени применяют диуретические ЛС. На фоне инфузионной терапии вводят фуросемид в дозе 20–40–60–80 мг в зависимости от нарушений водно-солевого обмена и симптомов отека мозга.
 - Лечение гестоза проводят на фоне обязательной ингаляции кислородно-воздушной смеси.
- Неотложная помощь при эклампсии**
- При возникновении эклампсического приступа беременную, утратившую сознание, необходимо уложить на бок (желательно правый), запрокинуть голову назад для предотвращения западения языка, ввести резиновые или пластмассовые воздуховоды, удалить изо рта пену (иногда с примесью крови), произвести ингаляцию кислорода и воздуха через маску аппарата КИ-3М или АН-8М. Оксигенацию при дыхательной недостаточности (ДН) у беременных с тяжелыми формами гестозов следует проводить с осторожностью. При выраженной острой ДН необходимы интубация трахеи, отсасывание секрета из трахеи и бронхов, ИВЛ в режиме гипервентиляции (при рСО₂ 20–22 мм рт.ст.). Для проведения ИВЛ необходимо вызвать реанимационно-хирургическую бригаду.
 - После окончания приступа обследование беременной следует проводить только в условиях **нейролептаналгезии**. Если нейролептаналгезия не была проведена до начала эклампсии, после припадка вводят 2 мл 0,5% раствора диазепама, 2–4 мл 0,25% раствора дроперидола, 2 мл 2,5% раствора прометазина (или 2 мл 1% раствора дифенгидрамина), 1 мл 2% тримеперидина внутривенно или внутримышечно. Дают наркоз динитрогена оксидом (закрысью азота*) с кислородом. Нейролептаналгезия ослабляет судорожную форму гестоза и предупреждает развитие следующего приступа.
 - Необходимо выяснить акушерскую ситуацию: общее состояние больной, ЧСС, ЧД, АД на обеих руках, наличие отеков, степень их выраженности, срок беременности, наличие (отсутствие) схваток, форма матки, наличие локальной болезненности при пальпации матки, наличие шевеления и сердцебиения плода, наличие кровянистых выделений из половых путей.
 - После купирования приступа судорог начинают лечение гестоза [магния сульфат, декстран (реополиглюкин*)].
 - Введение магния сульфата сочетают с введением препаратов, уменьшающих вазоконстрикцию сосудов: 1% бендазол по 3–6 мл и 2% папаверин по 2–4 мл, 2% дротаверин по 2 мл.

- Одновременно больной проводят **инфузионную терапию**: калия хлорид + магния хлорид + натрия хлорид + натрия фумарат (мафусол*) по 400–450 мл внутривенно капельно или по 500 мл любого полиионного раствора: лактосоль*, три-соль* (250 мл), трометамол по 500 мл или 5% раствор декстрозы по 500 мл под контролем диуреза, так как при тяжелых гестозах развивается ОПН.
- Для **улучшения реологических свойств крови** можно ввести 400 мл декстрана (реополиглюкина*).
- Попытка быстрой транспортировки больной с судорожной формой гестоза без предварительной нейролепсии или нейролептаналгезии и предварительного лечения гестоза только усугубляет состояние больной и исход заболевания.
- Чем раньше на догоспитальном этапе начато лечение тяжелой формы гестоза, тем больше возможность поддержать нарушенные функции жизненно важных органов — мозга, сердца, печени, почек и комплекса плацента–плод.
- Если на фоне введения спазмолитических средств, магния сульфата, инфузионной терапии у беременной (роженицы) сохраняется высокое АД, вводят 10 мл 2,4% раствора аминофиллина в 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида.
- В качестве других **гипотензивных ЛС** можно ввести подкожно, внутримышечно или внутривенно клонидин 0,01% по 0,5–1,0 мл. Препарат вводят под контролем АД, в первые минуты

введения возможно кратковременное повышение АД! При введении совместно с нейролептиками клонидин усиливает их седативное действие.

- Для снижения АД у беременных (рожениц) целесообразно использование препаратов для управляемой артериальной гипотензии: 5% азаметония бромид по 0,5–1,0 мл внутримышечно или внутривенно в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида или 5% раствора декстрозы.
- У некоторых больных с эклампсией развивается **острая ДН**. Лечебные мероприятия при острой ДН направлены на:
 - ✦ восстановление и обеспечение проходимости дыхательных путей, при необходимости — их дренирование;
 - ✦ улучшение альвеолярной вентиляции и легочного газообмена;
 - ✦ улучшение гемодинамики;
 - ✦ борьбу с сердечно-сосудистой недостаточностью.
- У больных с эклампсией может развиться **ОСН**. Для борьбы с ней вводят сердечные гликозиды: 0,25–0,5–1,0 мл 0,05% раствора строфантина-К или 0,5–1,0 мл 0,06% раствора ландыша листьев гликозида.

Больная с любой степенью тяжести гестоза должна быть госпитализирована.

Алгоритмы неотложной помощи при преэклампсии и эклампсии приведены на рис. 16.7, 16.8.



Рис. 16.7. Алгоритм неотложной помощи при преэклампсии

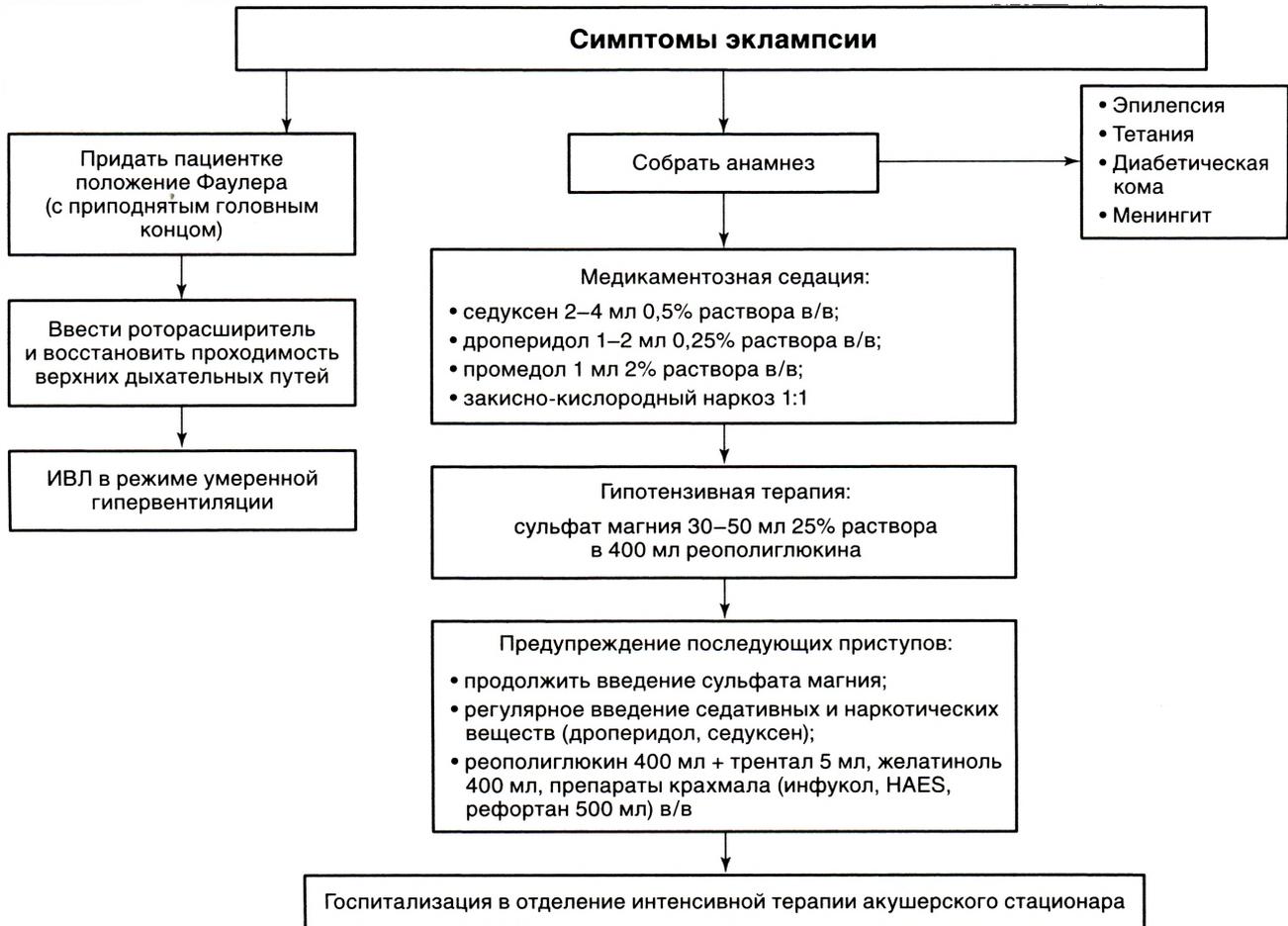


Рис. 16.8. Алгоритм неотложной помощи при эклампсии

Способы применения и дозы лекарственных средств. ЛС, назначаемые при оказании СМП при гестозах, приведены в табл. 16.2.

Клиническая фармакология лекарственных средств

- **Магния сульфат** в зависимости от дозы вызывает седативный, снотворный или наркотический эффект. В процессе выделения почка-

ми магния сульфат усиливает диурез. Магний контролирует нормальное функционирование клеток миокарда, повышает резистентность к нервному стрессу. Конкурентным антагонизмом магния и кальция объясняется антикоагулянтная способность магния и, как следствие, уменьшение тромбообразования и улучшение микроциркуляции. Вводят внутривенно по

Таблица 16.2. Лекарственные средства, назначаемые при поздних гестозах

Лекарственное средство	Показания
Диазепам в дозе 2–5 мг внутривенно или 10 мг внутримышечно	Лекарственная седация
Мидазолам в дозе 5–10 мг внутривенно или 10–15 мг внутримышечно	Лекарственная седация
Плазмозамещающие растворы в дозе 200 мл/ч	Инфузионная терапия
Растворы декстрана по 400–800 мл внутривенно со скоростью 60–80 капель в минуту в комбинации с 5 мл (100 мг) раствора пентоксифиллина	Инфузионная терапия
Препараты гидроксиэтилкрахмала	Инфузионная терапия
Нифедипин по 10–20 мг сублингвально	Гипотензивная терапия
Магния сульфат в дозе 400–800 мг внутривенно в зависимости от тяжести состояния	Гипотензивная терапия
Гемодез-Н* в дозе 200–400 мл внутривенно капельно	При преобладании симптомов печеночной недостаточности
Гепатопротекторы [фосфолипиды (эссенциале форте*) по 5 мл, адemetионин по 800 мг] внутривенно	При преобладании симптомов печеночной недостаточности

400–800 мг на инъекцию в зависимости от тяжести состояния.

- **Нифедипин** — представитель антагонистов кальция, активный периферический вазодилататор. У препарата более выражены периферические (снижение ОПСС), чем кардиальные эффекты. Нифедипин оказывает отрицательное инотропное действие (которое компенсируется рефлекторной тахикардией), несколько увеличивает сердечный выброс и улучшает кровоснабжение органов и тканей, уменьшает потребность миокарда в кислороде. Препарат быстро всасывается при приеме внутрь.

✧ Нифедипин принимают обычно внутрь (независимо от времени приема пищи). Рекомендуемые дозы — 0,01 г (10 мг) 2–3 раза в сутки (не более 0,04 г в сутки).

✧ Для купирования ГК, а иногда при приступах стенокардии нифедипин часто применяют сублингвально. Таблетку (0,01 г) помещают под язык до полного рассасывания. Необходимо учитывать быстрое нарастание при этом способе применения концентрации препарата в крови, возможность рефлекторных реакций, явлений ортостатической артериальной гипотензии. Применение препарата должно производиться в положении лежа.

✧ После приема нифедипина часто наблюдают покраснение лица и кожи верхней части туловища, головную боль, тошноту, головокружение, сонливость.

✧ Препарат выпускают в таблетках и капсулах по 0,01 и 0,02 г (10 и 20 мг), а также в виде раствора для инъекций.

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ОШИБКИ

- На догоспитальном этапе во время транспортировки не вводят ЛС для предупреждения повторных судорожных припадков.
- Назначение ЛС для внутримышечного введения, не обеспечив доступ в периферическую вену.