Эмболия амниотической жидкостью

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: O75.1, O88.1, O88.8 · Российское общество акушеров-гинекологов, ООО "Ассоциация анестезиологов-реаниматологов (ААР)"

Эмболия амниотической жидкостью — острое состояние во время беременности, родов, кесарева сечения или в первые 12 часов после родов: гипотония/шок, дыхательная недостаточность, гипоксия и коагулопатия с кровотечением при исключении других причин. Главное в рекомендации — быстро распознать клинический синдром, начать реанимацию, респираторную поддержку, коррекцию шока и коагулопатии, а при необходимости срочно родоразрешить.

Главное

- Диагноз ЭАЖ клинический и ставится как диагноз исключения; специфичного надежного лабораторного теста нет.
- Заподозрить ЭАЖ нужно при появлении во время беременности, родов, кесарева сечения или до 12 ч после родов более одного признака: САД < 90 мм рт.ст. или остановка сердца; острая гипоксия матери — диспноэ, цианоз или SpO2 < 90% — и/или плода; коагулопатия/ДВС и массивное кровотечение без другой причины.
- Типичная триада: внезапная гипоксия и гипотония, затем часто коагулопатия; возможны судороги, нарушение сознания, одышка, цианоз, отек легких/ОРДС, остановка сердца и острая гипоксия плода.
- Коагулопатия при ЭАЖ может развиться через 10–30 минут от начала симптомов или отсроченно до 12 часов; критичны фибриноген < 2 г/л, МНО > 1,5 нормы, АЧТВ > 1,5–2 нормы, гипокоагуляция по ТЭГ.
- Интенсивная терапия начинается немедленно и комплексно: коррекция гипотонии, СЛР при остановке сердца, респираторная поддержка вплоть до ИВЛ, лечение массивной кровопотери и коагулопатии. УУР В, УДД 2.
- При остановке сердца у беременной сроком > 20 недель смещают матку влево; если СЛР неэффективна 4 минуты, выполняют родоразрешение, продолжая реанимацию. УУР В, УДД 3.
- При массивной кровопотере с неэффективностью консервативного лечения хирургический гемостаз должен быть достигнут максимально быстро; вмешательство — не позднее 20 минут от диагноза при кровопотере > 30% ОЦК. УУР С, УДД 5.

Диагностика

1. Соберите жалобы и акушерско-гинекологический анамнез, если позволяет состояние: слабость, головокружение, нехватка воздуха, кашель, головная боль, боль в груди; оцените факторы риска. УУР С, УДД 5.
2. Проведите осмотр: кожа, неврологический статус, сознание по шкале Глазго, частота дыхания; выполните аускультацию легких. УУР С, УДД 5.
3. Оцените ЧСС, АД и SpO2; целевые показатели при мониторинге — САД > 90 мм рт.ст., среднее АД > 65 мм рт.ст., SpO2 не менее 94%. УУР С, УДД 5.
4. Акушерский осмотр нужен для оценки влагалищных выделений, высоты дна матки, тонуса — гипотония/атония, болезненности — и выбора акушерской тактики. УУР С, УДД 5.
5. Назначьте коагулограмму — фибриноген, ПТИ, АЧТВ, МНО — и при возможности ТЭГ/РОТЭМ; кратность определяет состояние пациентки. УУР В, УДД 3.
6. Выполните ОАК с гемоглобином, эритроцитами, тромбоцитами и гематокритом; критичны Hb < 70 г/л и тромбоциты < 50 000/мкл. УУР В, УДД 3.
7. Дополните диагностику исследованием газов крови и КОС, лактата и биохимическим анализом крови с тропонинами I/T, натрийуретическим пептидом, КФК-М; при наличии центрального венозного катетера контролируйте ScvO2, целевое значение > 70%.

Лечение

- Обеспечьте венозный доступ: минимум два периферических внутривенных катетера размером менее 16 G; при неудаче после трех попыток возможен внутрикостный доступ при наличии устройств и навыков. УУР С, УДД 5.

- Катетеризируйте мочевой пузырь для контроля диуреза; целевой диурез — не менее 0,5 мл/кг/ч. УУР С, УДД 5.
- При прогрессирующей дыхательной недостаточности проводите респираторную поддержку от низкопоточной оксигенации до инвазивной ИВЛ; показания к экстренной ИВЛ включают остановку сердца, апноэ или ЧДД < 8/мин, гипоксическое угнетение сознания, отек легких, PaO2 < 60 мм рт.ст., SaO2 < 90%, PaCO2 > 55 мм рт.ст., ЖЕЛ < 15 мл/кг. УУР В, УДД 3.
- При СЛР выполняйте компрессии 100–120/мин на глубину 5–6 см, соотношение компрессии/дыхание 30:2; дефибрилляцию не откладывайте, мониторинг плода во время реанимации не проводят.
- Для восстановления ОЦК стартуйте с кристаллоидов; при неэффективности используйте синтетические и/или природные коллоиды, включая альбумин человека, но избегайте перегрузки жидкостью из-за риска правожелудочковой недостаточности и отека легких. УУР С, УДД 5.
- При массивной кровопотере, гипотонии и геморрагическом шоке инфузионная терапия — 30–40 мл/кг с максимальной скоростью; если после 30 мл/кг подогретых плазмозаменителей нет стабилизации, подключайте вазопрессоры и инотропы. Цели: САД > 90 мм рт.ст., среднее АД > 65 мм рт.ст., сердечный индекс > 2,0 л/мин·м². УУР С, УДД 4.
- При коагулопатии применяйте антифибринолитики и факторы свертывания по показаниям и результатам коагуляционных тестов; транексамовая кислота внутривенно 15 мг/кг, в среднем 1000 мг за 10 минут, возможно увеличение до 4000 мг при продолжающемся кровотечении, повтор через 8 часов. УУР С, УДД 5.
- При массивной кровопотере используйте компоненты крови и факторы свертывания; лечение геморрагического шока и коагулопатического кровотечения проводят по клиническим рекомендациям по послеродовому кровотечению. УУР С, УДД 4.

Когда направить и как наблюдать

- При подозрении на ЭАЖ помощь оказывают в реанимационном отделении стационара по месту возникновения осложнения.
- О случае ЭАЖ необходимо сообщить в акушерский дистанционный консультативный центр и Федеральный перинатальный центр.
- В дальнейшем при отсутствии противопоказаний к транспортировке пациентку переводят в акушерский стационар 3-го уровня или многопрофильный стационар.
- При наличии методики вено-артериальной ЭКМО ее можно использовать индивидуально при длительной СЛР или рефрактерной правожелудочковой недостаточности, если это единственный способ поддержать газообмен и кровообращение. УУР С, УДД 5.

Частые вопросы

Какие критерии позволяют заподозрить эмболию амниотической жидкости?

Во время беременности, родов, кесарева сечения или до 12 часов после родов без другой причины появляются более одного признака: САД < 90 мм рт.ст. или остановка сердца, острая гипоксия матери и/или плода, коагулопатия/ДВС с массивным кровотечением.

Есть ли лабораторный тест, подтверждающий ЭАЖ?

Нет, достоверного высокоспецифичного лабораторного теста нет. Диагноз клинический и требует исключения других причин коллапса, гипоксии и коагулопатии.

Какие лабораторные показатели при ЭАЖ считаются критическими?

Для гемостаза критичны фибриноген < 2 г/л, МНО > 1,5 нормы, АЧТВ > 1,5–2 нормы, гипокоагуляция по ТЭГ. В ОАК критичны Hb < 70 г/л и тромбоциты < 50 000/мкл.

Когда беременную с ЭАЖ нужно родоразрешать во время СЛР?

При остановке сердца у беременной сроком более 20 недель матку смещают влево; если СЛР неэффективна в течение 4 минут, выполняют родоразрешение, не прекращая реанимацию.

Какая доза транексамовой кислоты указана при коагулопатическом кровотечении на фоне ЭАЖ?

Транексамовую кислоту вводят внутривенно 15 мг/кг, в среднем 1000 мг за 10 минут; при продолжающемся кровотечении возможно увеличение дозы до 4000 мг. Повторное введение возможно через 8 часов.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/720-emboliya-amnioticheskoj-zhidkostyu. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/720_2