

Колапс під час вагітності та у післяпологовому періоді. Green-top Guideline No. 56

Резюме:

Чи можна виявити жінок з ризиком розвитку колапсу на ранньому етапі?

До всіх жінок, які проходять обстеження, повинна застосовуватися акушерська модифікація шкали раннього попередження, щоб забезпечити раннє виявлення пацієток в критичному стані (рівень доказовості D).

Які причини розвитку колапсу?

Колапс може бути викликаний низкою причин. Системний підхід повинен бути використаний для виявлення причини (рівень доказовості B).

У випадках колапсу, ймовірно викликаного анафілаксією, рівень триптази (тучних клітин) може бути корисним для підтвердження діагнозу (рівень доказовості ✓).

Які фізіологічні та анатомічні зміни під час вагітності впливають на реанімацію?

Вкрай важливо, щоб всі, хто проводить реанімацію вагітних, знали про фізіологічні відмінності. Сюди входять лікарі, що працюють на догоспітальному рівні, парамедики і співробітники служби невідкладної медичної допомоги (рівень доказовості ✓).

Аортокавальна компресія після 20 тижнів вагітності значно знижує серцевий викид і ефективність компресії грудної клітини під час реанімації (рівень доказовості C).

Зміни в функціонуванні легень, ригідність діафрагми і підвищене споживання кисню роблять вагітних жінок більш схильними до гіпоксії і ускладнюють вентиляцію (рівень доказовості C).

Під час вагітності частіше зустрічається складна інтубація (рівень доказовості C).

Вагітні жінки мають підвищений ризик аспірації (рівень доказовості C).

Яке оптимальне початкове лікування колапсу?

Реанімаційні заходи при колапсі повинні відповідати рекомендаціям Консиліуму по Реанімації (Великобританія) з використанням стандартного підходу ABCDE з деякими змінами, з урахуванням фізіології вагітних, зокрема проведення зменшення аортокавальної компресії (рівень доказовості D).

Якщо зупинка серця відбулася в амбулаторних умовах, слід надати базову реанімаційну допомогу та організувати швидке транспортування жінки (рівень доказовості ✓).

Ручне зміщення матки вліво ефективно для зменшення аортокавальної компресії у жінок в терміні вагітності понад 20 тижнів або там, де дно матки пальпується на рівні або вище рівня пупка. Це дозволяє ефективно проводити компресії грудної клітини в положенні лежачи на спині в разі зупинки серця (рівень доказовості D).

Боковий нахил жінки вліво під кутом 15-30 ° на твердій поверхні зменшує аортокавальну компресію у більшості вагітних жінок і дозволяє ефективно виконувати компресію грудної клітини у разі зупинки серця (рівень доказовості C).

У випадках серйозних травм, хребет повинен бути захищений спінальним щитом перш ніж буде застосований нахил. При відсутності щита слід використовувати ручне зміщення матки (рівень доказовості ✓).

Інтубація жінки в непритомному стані за допомогою ендотрахеальної трубки з манжетою повинна бути проведена невідкладно досвідченим анестезіологом (рівень доказовості ✓).

Слід якомога швидше почати додаткову оксигенацію високим потоком для протидії швидкій деоксигенації (рівень доказовості ✓).

Необхідно проводити вентиляцію за допомогою мішка Амбу або ларингеальної маски, доти, поки не буде проведена інтубація (рівень доказовості ✓).

Якщо дихальні шляхи чисті і дихання відсутнє, слід негайно розпочати компресію грудної клітини (рівень доказовості B).

Слід якомога швидше встановити дві канюлі великого діаметру (мінімум 16g). Якщо периферичний венозний доступ неможливий, слід скоріше розглянути можливість центрального венозного доступу, кісткового доступу або венесекції (рівень доказовості ✓).

Рекомендується агресивний підхід до заміни ОЦК, хоча слід проявляти обережність в контексті прееклампсії або еклампсії (рівень доказовості ✓).

Ультразвукове дослідження черевної порожнини кваліфікованим спеціалістом може допомогти в діагностиці прихованої кровотечі (рівень доказовості C).

Слід використовувати той же рівень енергії для дефібриляції, що і у невагітних жінок (рівень доказовості B).

Не повинно бути ніяких змін в алгоритмі введення ліків або їх дозуванні, які рекомендуються в протоколі Консиліуму по Реанімації (Великобританія) (рівень доказовості ✓).

Поширені оборотні причини серцево-легеневої зупинки повинні враховуватися протягом усього процесу реанімації (рівень доказовості D).

Реанімаційні заходи повинні тривати до тих пір, поки консультант-акушер і консультант-анестезіолог не приймуть рішення про припинення реанімаційних заходів. Це рішення повинно бути узгоджене з командою, яка виконує серцево-легеневу реанімацію (СЛР) (рівень доказовості ✓).

Коли, де і як слід проводити перимортальний кесарів розтин (ПМКР)?

У жінок, в терміні вагітності більше 20 тижнів, при відсутності відповіді на правильно проведену СЛР протягом 4 хвилин після колапсу, або якщо СЛР продовжується довше - слід виконати ПМКР для сприяння реанімаційним заходам. В ідеалі, ПМКР повинен бути проведений протягом 5 хвилин після колапсу (рівень доказовості D).

ПМКР не слід відкладати, переміщуючи жінку. Слід виконувати його там, де стався колапс і відбувається реанімація (рівень доказовості ✓).

Лікар повинен використовувати розріз, який забезпечить максимально швидкий доступ. Це може бути серединний вертикальний або надлобковий поперечний розріз (рівень доказовості ✓).

Скальпель та затискачі для пуповини (або альтернативні лігатури) повинні бути доступні на реанімаційному візку у всіх місцях, де може статися колапс у вагітної жінки, включаючи відділення невідкладної допомоги (рівень доказовості ✓).

З чого складається подальше лікування?

Старший персонал з відповідним досвідом повинен бути залучений на початковому етапі (рівень доказовості ✓).

Транспортування повинне контролюватися кваліфікованою командою з відповідним обладнанням (рівень доказовості ✓).

У разі вторинного колапсу через допологову кровотечу, плід та плацента повинні бути народжені негайно, для контролю над кровотечею (рівень доказовості ✓).

У разі масивного відшарування плаценти, кесарів розтин може іноді бути показаний при загибелі плода, щоб забезпечити швидкий контроль над кровотечею (рівень доказовості ✓).

Транексамова кислота внутрішньовенно значно знижує смертність через післяпологову кровотечу (рівень доказовості A).

Масивну тромбоемболію легеневої артерії слід лікувати згідно з керівництвом RCOG No. 37b *Невідкладна допомога при тромбозі або емболії під час вагітності та післяпологового періоду* (рівень доказовості D).

Лікування емболії навколоплідною рідиною (ЕНР) є скоріше підтримуючим, ніж специфічним, так як не існує доведеної ефективної терапії (рівень доказовості ✓).

Раннє залучення старшого досвідченого персоналу, включаючи акушерок, лікарів-акушерів, анестезіологів, гематологів і реаніматологів, має важливе значення для оптимізації результатів (рівень доказовості ✓).

Коагулопатія потребує раннього, агресивного лікування, включаючи використання свіжозамороженої плазми (рівень доказовості ✓).

Рекомбінантний фактор VII слід використовувати тільки в тому випадку, якщо коагулопатія не корегується за допомогою масивної заміни компонентів крові, оскільки його використання призводить до гірших результатів у жінок з ЕНР (рівень доказовості C).

Після успішної реанімації, кардіальну патологію повинна лікувати досвідчена кардіологічна команда (рівень доказовості ✓).

Септичний шок слід лікувати відповідно до основних принципів Кампанії по виживанню при сепсисі (рівень доказовості D).

Антидотом при токсичності магnezії є 10 мл 10% глюконату кальцію або 10 мл 10% хлориду кальцію, повільно внутрішньовенно (рівень доказовості ✓).

Якщо є підозра токсичної дії місцевого анестетика, слід негайно зупинити ін'єкцію (рівень доказовості ✓).

Слід ввести ліпідну емульсію, якщо є підозра на колапс через токсичну дію місцевого анестетика (рівень доказовості C).

Інтраліпід 20% повинен бути доступний у всіх лікарнях які надають акушерську допомогу (рівень доказовості ✓).

Слід надавати звичайну допомогу при аритмії, однак враховувати, що вони можуть бути рефрактерними до лікування (рівень доказовості ✓).

Про всі випадки використання ліпідної емульсії слід повідомляти в Національну Службу Охорони Здоров'я і на сайт www.lipidrescue.org (рівень доказовості ✓).

Еклампсія повинна лікуватися відповідно до клінічного керівництва NICE 107 *Гіпертензія під час вагітності: діагностика та лікування* (рівень доказовості D).

Нейрорадіологи і нейрохірурги повинні бути залучені до догляду за вагітними з внутрішньочерепним крововиливом при першій можливості (рівень доказовості ✓).

У випадках анафілаксії всі потенційні чинники повинні бути видалені, і слід розпочати ABCDE-підхід до оцінки та реанімації (рівень доказовості ✓).

Якщо анафілактична реакція сталася в амбулаторії, жінка повинна отримати базову реанімаційну допомогу і бути переведена в лікарню якомога швидше, якщо тільки немає належним чином підготовленого медичного працівника з відповідним обладнанням та ліками, в цьому випадку необхідно провести остаточну реанімацію і лікування на місці (рівень доказовості ✓).

Для лікування анафілаксії слід використовувати адреналін 1:1000 – 500 мкг (0,5 мл) внутрішньом'язово. Це дозування тільки для внутрішньом'язового застосування (рівень доказовості ✓).

Які наслідки колапсу для матері і дитини?

Результати для матері і немовляти залежать від причини колапсу, гестаційного терміну і доступності невідкладної допомоги, при цьому показники виживаності виявляються нижчими, якщо колапс відбувається поза лікарнею. При зупинці серця, повідомляється про рівень виживання жінки більше 50% (рівень доказовості C).

Хто повинен бути в команді?

У випадку колапсу у вагітної жінки, окрім загальної реанімаційної команди, до реанімації повинні бути долучені старша акушерка, лікар-акушер і акушерський анестезіолог (рівень доказовості ✓).

Слід викликати найстаршого акушера і старшого анестезіолога у випадку зупинки серцевої діяльності у вагітної (рівень доказовості ✓).

Неонатальна бригада повинна бути викликана, якщо є ймовірність розродження (колапс в терміні вагітності більше 22 + 0 тижнів) (рівень доказовості ✓).

Якщо жінка вижила, слід залучити консультанта-реаніматолога якомога швидше (рівень доказовості ✓).

Система забезпечення стандартів клінічної практики

Документація

Точна документація необхідна у всіх випадках колапсу, незалежно від того, чи успішна реанімація (рівень доказовості ✓).

Тренування

Всі загальні тренінги з реанімаційної допомоги, повинні враховувати адаптацію СЛР у вагітних (рівень доказовості ✓).

Весь персонал пологових будинків повинен проходити щорічну загальну міждисциплінарну підготовку з питань реанімаційної допомоги і лікування колапсу у вагітної жінки (рівень доказовості ✓).

Тренінги з реанімаційної допомоги вдосконалюють навички проведення реанімації (рівень доказовості A).

Для поліпшення лікування колапсу, рекомендується мультидисциплінарна інтерактивна практична підготовка в маленьких групах (рівень доказовості C).

Дебрифінг

Дебрифінг рекомендований жінці, сім'ї та персоналу, який брав участь у допомозі (рівень доказовості ✓).