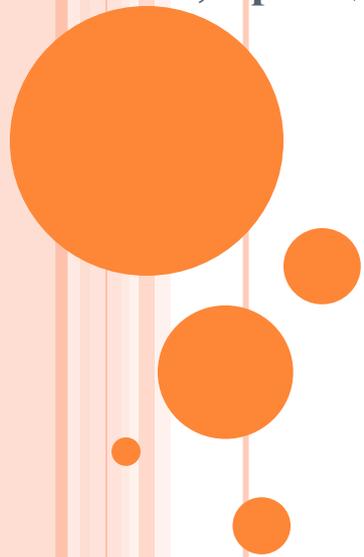


ОСТРАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ОТЕК ЛЕГКИХ

Интенсивное наблюдение и лечение при поздних гестозах

Острая СН представляет серьезную угрозу для жизни беременной и роженицы. Чаще всего она развивается по типу левожелудочковой недостаточности — кардиальной астмы или отека легких.

Отек легких — это острое повышение гидратации легких вследствие проникновения жидкости из капилляров в интерстициальную ткань и альвеолы, приводящее к нарушению их вентиляции.



ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ МЕХАНИЗМАМИ РАЗВИТИЯ ОТЕКА ЛЕГКИХ

- -нарастание гидростатического давления в легочных капиллярах;
- снижение онкотического давления крови;
- повышенная проницаемость альвеолярно-капиллярных мембран;
- нарушение лимфатического дренажа легочной ткани.

По первому механизму развивается кардиогенный отек легких (т.е. собственно левосердечная недостаточность), три других характерны для некардиогенного отека легких.



□ Беременность у больных женщин значительно увеличивает РИСК возникновения отека легких, что связано с особенностями гемодинамики (значительное увеличение ОЦК) и нейрогуморальных механизмов регуляции, тенденцией к задержке жидкости и натрия, дисфункцией клеточных мембран, постоянным психоэмоциональным стрессом, относительной гипопроотеинемией, приводящей к снижению онкотического давления крови, и недостаточным оттоком лимфы, связанным с механическими факторами, в частности, с высоким стоянием диафрагмы.



КАРДИОГЕННЫЙ ОТЕК ЛЕГКИХ - НАИБОЛЕЕ

- частый вариант, является результатом острой недостаточности левых отделов сердца, возникающей при различной сердечной патологии приобретенных и врожденных пороках сердца, остром миокардите, кардиомиопатии, крупноочаговом кардиосклерозе, артериальной гипертен-зии и других. Чаще всего у беременных отек легких развивается при митральном стенозе, основным патогенетическим фактором развития которого является гиперволемиа.



Выделяют четыре стадии развития отека легких:

- I стадия — отмечается лишь перибронхиальный отек;
- II стадия — жидкость скапливается в межальвеолярных перегородках;
- III стадия — жидкость пропотевает в альвеолы;
- IV (финальная) стадия — объем интерстициальной жидкости возрастает более чем на 30% от начального уровня и она появляется в крупных бронхах и трахеи. Соответственно этим стадиям диагностируют интерстициальный (клинически проявляется кардиальной астмой) и альвеолярный отеки легких. Быстрое и массивное пропотевание жидкости в альвеолы приводит к «молниеносному» отеку легких, который сопровождается асфиксией и нередко заканчивается смертью.



Наиболее характерными клиническими признаками отека легких у беременных, рожениц и родильниц являются:

одышка, нередко переходящая в удушье;

акроцианоз;

кашель;

«клеткот» в грудной полости, который часто прослушивается даже на расстоянии;

появление влажных хрипов в легких;

выделение пенистой мокроты, окрашенной кровью;

частый пульс малого наполнения, нередко аритмия. Острая СН может возникнуть во время беременности, родов или после родов. Она может развиваться как в начале родовой деятельности, так и в конце первого периода, во время потуг, когда а сердечно-сосудистую систему приходится максимальная гемодинамическая нагрузка. Но чаще всего отек легких возникает в последовом и раннем послеродовом периодах, что связано с быстрым и значительным перераспределением крови после опорожнения матки, к которому больное сердце не может своевременно адаптироваться.



Развитию отека легких во время и после родов способствуют: недостаточная кардиальная терапия; неадекватное обезболивание; осложненное течение родов (слабость или дискоординация родовой деятельности, стремительные роды, патологическая кровопотеря и др.).

Причиной отека легких в послеродовом периоде чаще всего бывает обострение ревматического процесса и значительное ухудшение сократительной функции миокарда.



ПРИНЦИПЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОТЕКА

ЛЕГКИХ:

- 1. «Разгрузка» малого круга кровообращения, снижение гидростатического давления в легочных сосудах, уменьшение венозного притока крови к правому желудочку.

Для этого переводят больную в положение сидя и назначают:

Вазодилататоры: нитроглицерин по 0,5 мг (1табл. или 3 капли 10% спиртового раствора) сублингвально каждые 15-20 минут или внутривенно капельно со скоростью 25мкг/мин (постепенно доводя до 150мкг/мин), или изо-сорбида динитрат по 10-20 мг в виде внутривенной инфузии в 150мл изотонического раствора натрия хлорида на протяжении 45-90 мин.

Нейролептики: дроперидол (0,25 % раствор по 2 мл внутривенно).

Ганглиоблокаторы: пентамин (1 мл 5% раствора в 9 мл изотонического раствора натрия хлорида внутривенно титровано — по 1-2 мл, контролируя артериальное давление) или бензогексоний (2% раствор — 1-5мл внутривенно).



2. Уменьшение ОЦК и давления в легочной артерии. Быстродействующие мочегонные средства: фуросемид (внутривенно дробно по 20-40-80мг, до 240мг) или этакриновая кислота (50-80 мг).

3. Угнетение дыхательного центра, уменьшение одышки, снятие болевых ощущений.

Наркотические анальгетики: морфина гидрохлорид (1% раствор 1-2мл внутривенно, при необходимости 2-3 раза через 20-25минут), или промедол (2% раствор по 1-2 мл), или фентанил (0,005% раствор 2 мл). При этом следует помнить, что указанные препараты нельзя вводить в конце первого и во втором периоде родов, так как они обуславливают не только наркозную депрессию плода, а и, угнетая его дыхательный центр, могут вызвать остановку дыхания.



4. Снижение проницаемости альвеолярно-капиллярных мембран, степени гипоксии и ацидоза.

Глюкокортикоиды: преднизолон (60-120 мг внутривенно), дексаметазон (8-16 мг) или эквивалентные дозы других препаратов (при пониженном или нормальном АД).

Антигистаминные препараты: димедрол (1% раствор 1-2мл) или дипразин (2,5% раствор 1-2мл внутривенно).

Увлажненный кислород (через маску с положительным давлением на выдохе до 10 мм вод. ст.).

При выраженном ацидозе — 4% раствор натрия гидрокарбоната.

Для уменьшения пенообразования используют пары спирта (кислород пропускают через увлажнитель с 30-40° спиртом).

В тяжелых случаях при нарастании гипоксемии или гипер-капнии больную переводят на искусственную вентиляцию легких.



5. Повышение сократительной функции миокарда.
(β -адреномиметики (дофамин по 0,5-2 мкг/кг/мин,
добутамин 0,2-1 мкг/кг/мин).

Сердечные гликозиды (дигоксин 0,025% раствор 1-2
мл, или строфантин 0,05% раствор 0,5-1мл или
коргликон 0,06% раствор 1-2 мл).

6. Ликвидация бронхоспазма и улучшение
альвеолярной вентиляции.

Эуфиллин (2,4% раствор — 10мл внутривенно).

Механическое освобождение дыхательных путей от
пенистой жидкости (отсасывание).



Нормализация сердечного ритма.

Амиодарон 300мг внутривенно капельно на протяжении 30 минут (следует помнить, что другие антиаритмические препараты, в частности 1 класса (новокаинамид, дизопирамид, пропafenон и прочие), β -адреноблокаторы и антагонисты кальция (верапамил) снижают сократимость миокарда и потому при отеке легких опасны). При необходимости — электрическая кардиоверсия (во время беременности ее использование не противопоказано). В случае неэффективности вышеперечисленных лечебных мероприятий при наличии у роженицы митрального стеноза следует срочно организовать проведение митральной комиссуротомии. Акушерская тактика при отеке легких зависит от срока беременности или периода родов, в котором он возникает. Если отек легких возник во время беременности, не следует экстренно прерывать беременность или досрочно родоразрешать больную, необходимо проводить интенсивную терапию в полном объеме. В случаях, когда осложнение наступило в первом периоде родов, их не следует форсировать. Если до момента появления первых признаков отека легких больной проводили родостимуляцию, ее необходимо прекратить. Только после стабилизации состояния роженицы с учетом акушерской ситуации решают вопрос о наиболее безопасном и бережном способе родоразрешения. Если отек легких развился во втором периоде родов, акушерская тактика, напротив, должна быть направлена на ускорение родоразрешения. При наличии условий проводят операцию наложения акушерских щипцов. В родоразрешении женщин, перенесших отек легких, обязательно должны кроме акушера-гинеколога принимать участие кардиолог, анестезиолог и неонатолог, так как ребенок, который внутриутробно находился в условиях тяжелой гипоксии, имеющей место при отеке легких у беременной, нуждается в особом внимании и специальном наблюдении врача.

