

Э. К. АЙЛАМАЗЯН

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

при экстремальных состояниях
в акушерской практике

Руководство

Издание 4-е, переработанное и дополненное

Санкт-Петербург
СпецЛит
2007

УДК 618.3/7-036
Н52

Н52 **Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике** : руководство. — 4-е изд., перераб. и доп. / Э. К. Айламазян [и др.]. — СПб. : СпецЛит, 2007. — 400 с.
ISBN 978-5-299-00340-6

В руководстве освещаются вопросы современной диагностики и неотложной терапии при угрожающих жизни состояниях в акушерстве. В каждой из 11 глав представлены этиология, патогенез и основные клинические проявления рассматриваемых заболеваний, подробно описаны осложнения беременности и родов. Книга содержит сведения, необходимые для понимания принципов дифференцированной экстренной терапии при ургентной патологии.

В 4-м издании книги, переработанном и дополненном, специалисты познакомятся с новейшими данными акушерской науки и практики, достижениями современной медицинской технологии.

Руководство предназначено для акушеров-гинекологов и перинатологов.

УДК 618.3/7-036

АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ

Айламазян Эдуард Карпович — академик, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова, директор ГУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта РАМН;

Новиков Борис Николаевич — доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова;

Павлова Лидия Павловна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова;

Рябцева Инна Тимофеевна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова;

Зайнулина Марина Сабировна — доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова, заместитель директора по лечебной и научной работе ГУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта РАМН;

Старовойтов Виталий Андреевич — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова;

Барышев Борис Александрович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры гематологии, трансфузиологии и трансплантологии, заведующий отделением переливания крови Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Условные сокращения	7
Предисловие	9
Глава 1. Гестоз	12
1.1. Классификация гестоза	13
1.2. Этиология, патогенез, клиника, диагностика гестоза	17
1.3. Применение патогенетически обоснованной терапии и оказание неотложной помощи	30
1.4. Послеродовая реабилитация родильниц и профилактики гестоза	40
Глава 2. Аномалии родовых сил	46
2.1. Классификация родовых сил, этиология и патогенез родов	46
2.2. Патологический прелиминарный период	51
2.3. Первичная слабость родовой деятельности	56
2.4. Вторичная слабость родовой деятельности	64
2.5. Чрезмерно сильная родовая деятельность	70
2.6. Дискоординированная родовая деятельность	73
2.7. Профилактика аномалий родовых сил	79
Глава 3. Разрывы матки	86
3.1. Классификация разрывов матки	87
3.2. Этиология, патогенез, клиника, диагностика разрывов матки	90
3.3. Основные принципы оказания неотложной помощи при разрывах матки	100
3.4. Профилактика разрывов матки	103
Глава 4. Кровотечения во время беременности поздних сроков, в родах и в послеродовом периоде	109
4.1. Предлежание плаценты	110
4.2. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	121
4.3. Аномалии прикрепления плаценты	131
4.4. Гипо- и атонические кровотечения в раннем послеродовом периоде	135

4.5.	Послешоковые кровотечения	142
4.6.	Профилактика акушерских кровотечений	143
Глава 5.	Геморрагический шок и синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови в акушерстве	146
5.1.	Геморрагический шок	146
5.2.	Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови. Острое течение	164
5.2.1.	Стадии и формы острого ДВС	167
5.2.2.	Коагулопатия потребления без активации фибринолиза (2-я стадия острого ДВС-синдрома) . . .	174
5.2.3.	Коагулопатия потребления с активацией вторичного фибринолиза (3-я стадия острого ДВС-синдрома)	175
5.2.4.	Полное несвертывание крови (4-я стадия острого ДВС-синдрома)	177
5.3.	Инфузионные среды в акушерской практике	180
5.4.	Компоненты крови в акушерской практике	191
	<i>Приложение.</i> Информированное добровольное согласие пациента на переливание донорской крови и ее компонентов	195
Глава 6.	Септический шок в акушерстве	198
6.1.	Этиология, патогенез, клиника, диагностика септического шока	199
6.2.	Принципы оказания неотложной помощи при септическом шоке	206
6.3.	Профилактика септического шока	223
Глава 7.	Беременность, роды и послеродовой период при сердечно-сосудистой патологии	227
7.1.	Пороки сердца, болезни миокарда, сердечная недостаточность	227
7.2.	Гипертоническая болезнь	253
Глава 8.	Беременность, роды и послеродовой период при некоторых заболеваниях почек	275
8.1.	Пиелонефрит	275
8.2.	Гломерулонефрит	284
8.3.	Мочекаменная болезнь	288
8.4.	Острая почечная недостаточность	290
Глава 9.	Беременность, роды и послеродовой период при некоторых заболеваниях печени	297
9.1.	Холестатический гепатоз беременных	301
9.2.	Острый жировой гепатоз беременных	305
9.3.	Вирусные гепатиты	307
9.4.	Цирроз печени	318
9.5.	Острая печеночная недостаточность	319

Глава 10. «Острый живот» в акушерстве	323
10.1. Акушерский перитонит	326
10.2. Перекрут ножки опухоли яичника	341
10.3. Нарушение питания узла лейомиомы матки	344
10.4. Острый аппендицит	347
10.5. Острый холецистит	356
10.6. Острый панкреатит	361
10.7. Острая непроходимость кишечника	366
10.8. Перфорация язвы желудка и двенадцатиперстной кишки	372
10.9. Профилактика некоторых осложнений при «остром животе»	375
Глава 11. Гипоксия плода и асфиксия новорожденного . . .	378
11.1. Классификация гипоксии плода. Этиология и патогене- з. Методы диагностики и лечения	378
11.2. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение асфиксии новорожденного	386
Литература	397

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

АГ	— артериальная гипертензия
АД	— артериальное давление
АД _д	— диастолическое АД
АД _с	— систолическое АД
АД _{ср}	— среднее АД
АДФ	— аденозиндифосфорная кислота (аденозиндифосфат)
АКТГ	— адренокортикотропный гормон
АлТ	— аланинаминотрансфераза
АПТВ	— активированное парциальное тромбопластиновое время
АПФ	— ангиотензин-превращающий фермент
АРС	— аномалия родовых сил
АсТ	— аспаратаминотрансфераза
АТ	— антитромбин
АТФ	— аденозинтрифосфорная кислота (аденозинтрифосфат)
БОС	— биологическая обратная связь
БП	— биофизический профиль
в/в	— внутривенно
ВГ	— вирусный гепатит
в/м	— внутримышечно
ВЭ	— волемический эффект
ГАМК	— гамма-аминомасляная кислота
ГБО	— гипербарическая оксигенация крови
ГГТП	— гамма-глутаминтранспептидаза
ГО	— глобулярный объем
ГОМК	— гамма-оксимасляная кислота
ГЭК	— гидроксипропилированный крахмал (гидроксипропилкрахмал)
ДВС	— диссеминированное внутрисосудистое свертывание
ДМЖП	— дефект межжелудочковой перегородки
ДМПП	— дефект межпредсердной перегородки
ЕМ	— единицы Монтевидео
ИВЛ	— искусственная вентиляция легких
ИТ	— интенсивная терапия
ИТТ	— инфузионно-трансфузионная терапия
ИФА	— иммуноферментный анализ
КОД	— коллоидно-осмотическое давление
КОС	— кислотно-основное состояние
КТГ	— кардиотокография
МКР	— миокардиальный (моторно-кардиальный) рефлекс
МОД	— минутный объем дыхания
МОС	— минутный объем сердца
ОДН	— острая дыхательная недостаточность
ОЖГБ	— острый жировой гепатоз беременных

ОНК	— острая непроходимость кишечника
ОП	— объем плазмы
ОПН	— острая почечная недостаточность
ОПСС	— общее периферическое сопротивление сосудов
ОЦК	— объем циркулирующей крови
ОЦП	— объем циркулирующей плазмы
ОЦЭ	— объем циркулирующих эритроцитов
ОЭ	— объем эритроцитов
ПГ	— простагландин
ПДКВ	— положительное давление в конце выдоха
ПДФ	— продукты деградации фибриногена
ПДФн	— продукты деградации фибрина
ПК	— периферическое кровообращение
п/к	— подкожно
ПН	— почечная недостаточность
ППК	— плацентарно-плодовый коэффициент
ПСС	— периферическое сосудистое сопротивление
ПЦР	— полимеразная цепная реакция
РАЛ	— реакция агглютинации и лизиса лептоспир
РКМФ	— растворимые комплексы мономеров фибрина
САД	— среднее артериальное давление
СаО ₂	— доставка кислорода тканям (артериальная кислородная сатурация)
СВ	— сердечный выброс
СДР	— синдром дыхательных расстройств
СЗП	— свежемороженая плазма
СИ	— сердечный индекс
СН	— сердечная недостаточность
СОЭ	— скорость оседания эритроцитов
ТАТ	— тромбин + антитромбин
ТЭЛА	— тромбоэмболия легочной артерии
УЗИ	— ультразвуковое исследование
УИ	— ударный индекс
УО	— ударный объем
ФГДС	— фиброгастродуоденоскопия
ФКГ	— фонокардиография (фонокардиограмма)
ФНО	— фактор некроза опухоли
ХГБ	— холестатический гепатоз беременных
цАМФ	— циклический аденозинмонофосфат
ЦВД	— центральное венозное давление
ЦНС	— центральная нервная система
ЩФ	— щелочная фосфатаза
ЧСС	— частота сердечных сокращений
ЭК	— эритроцитсодержащие компоненты
ЭКГ	— электрокардиография (электрокардиограмма)
ЯБ	— язвенная болезнь
HELLP	— гемолиз, повышенный уровень ферментов печени и низкое количество тромбоцитов
ω-3-ПНЖК	— омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты

ПРЕДИСЛОВИЕ

Внимательный и постоянно знакомящийся с новой специальной литературой врач, возможно, уже заметил, что в публикациях встречается термин «медицина критических состояний» как новый раздел здравоохранения. Сегодня вынужденный работать с больными в экстремальных ситуациях врач просто обязан иметь широкий медико-биологический и клинический кругозор, поскольку перед ним стоят особенные задачи, далекие от обыденности. Наконец, к работе самого врача и к его личности в критической ситуации предъявляются дополнительные требования — быстрая ориентировка, сообразительность, наблюдательность, умение моментально включаться в ситуацию, действовать точно и безошибочно, способность к работе в коллективе и ...неамбициозность. Все эти качества вполне можно назвать термином А. П. Зильбера «этика критических состояний», или еще шире — «деонтология и ее реализация в экстремальных клинических условиях». Совершенно очевидно, что этому тоже нужно учиться; и это не только способствующий, но иногда решающий элемент в борьбе за спасение жизни и сохранение здоровья матери и ребенка.

Создавая это руководство, мы стремились к тому, чтобы сквозь изложение информационного материала ощущалась та особая атмосфера, о которой только что говорилось, ибо она, несомненно, способствует положительному выходу из критической ситуации или может сделать ее управляемой.

Переиздание любой книги обуславливается требованиями времени. Перед вами, дорогие читатели, четвертое издание данного руководства, первое из которых вышло в 1985 г.

Начиная работу над очередным изданием, авторы исходили из того, что, во-первых, акушерство и перинатология с каждым годом развиваются, разрабатываются и внедряются современные диагностические и терапевтические технологии, появляются новые подходы, способы, методы и средства терапии не только той или иной нозологии, но и нежелательных особенностей ее течения, осложнений, угрожающих жизни сразу двух организмов — матери и ее ребенка. Во-вторых, приобретая личный опыт и перенимая опыт своих коллег, проводя свои научные исследования и осваивая мировые достижения в своей специальности, врачи-акушеры нередко пересматривают имеющиеся представления об акушерской и перинатальной

физиологии и патофизиологии, о глубинных изменениях гомеостаза при патологии матери и плода, в особенности в критических ситуациях, экстремальных условиях.

Одной из важнейших проблем акушеров и их помощников, призванных работать в режиме реанимации и интенсивной терапии, является безотлагательное решение вопроса: кому — матери или плоду — угрожает бóльшая опасность, и в соответствии с ситуацией выработка стратегии и тактики своих действий. Эта задача никогда не бывает простой. Считают, что основным фактором принятия правильного решения является опыт врача. Опыт, конечно, помогает в работе как в стандартных ситуациях, так и в тяжелых случаях, достаточно часто встречающихся и успешно прогнозируемых. Ценность опыта в клинической практике — это, по существу, грамотное использование метода аналогии.

Но если акушеры внезапно сталкиваются с абсолютно нестандартной ситуацией, успех возможен только в случае применения современных, точных, проверенных на практике знаний и обоснованной веры в свои силы и умения.

Более 40 лет работая в акушерстве и перинатологии, многократно убеждаешься в том, что молодые врачи успешно работают в критических случаях, совсем не хуже опытных врачей. Это свидетельствует том, что и те и другие исповедуют единые взгляды на патологические процессы, их проявления, возможности их купирования в каждом конкретном случае — на данном этапе развития событий и в данных условиях. И это вторая основная цель написания книги — дать своим читателям современные научные знания и представления о критических состояниях в акушерстве, формируя единые взгляды на клинико-патофизиологические особенности встречающихся патологий, направляя действия всех врачей-акушеров, работающих в экстремальных ситуациях.

Есть еще одна объективная причина, настойчиво призывающая к переизданию этого руководства.

В последние годы — и это ни для кого не секрет — ухудшилось здоровье населения нашей страны, в том числе и женщин репродуктивного возраста, заметно увеличился возраст первородящих женщин и процент юных беременных женщин, часто обремененных экстрагенитальными болезнями и инфекциями широкого спектра, передающимися половым путем. Несомненно, это вызывает дополнительные сложности ведения у них гестационного периода, родов и послеродового периода, причиняя страдания внутриутробному плоду и новорожденному. В лучшем случае эти пациентки составляют серьезную группу риска осложненных исходов беременности, а в худшем — внезапно входят в экстремальную ситуацию с плохо прогнозируемым исходом для матери и потомства.

Именно поэтому в каждое последующее издание данной книги мы включали новые главы, трактующие оказание помощи в условиях сочетания акушерских осложнений и экстрагенитальной патологии.

Авторы, всю свою жизнь работая в акушерском стационаре в составе многопрофильной крупной клиники СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, где в любую минуту имеется возможность привлечь к совместной работе специалистов необходимого профиля, считают своим долгом передать очень большой и уникальный личный опыт, который, без сомнения, будет интересен читателям.

Напомним одну из аксиом медицины вообще и акушерства в частности — *болезнь (осложнение, ухудшение) легче предупредить, чем лечить*. Быть может, кому-то покажется недостаточной аргументированность этого положения применительно к критическим состояниям в акушерстве. Соглашусь, что во многих случаях такое действительно вряд ли возможно, тем более что женщина может поступить в поле зрения специалистов уже в состоянии, близком к критическому или требующем неотложной и интенсивной терапии. И тем не менее при грамотном, тщательном, т. е. должном, наблюдении беременной и ее плода, в том числе с использованием многочисленных методов исследования, включая современную диагностическую, мониторирующую аппаратуру, предотвратить драматические повороты в течении беременности во многих случаях можно и нужно.

Авторы никогда не забывают слова своего незабвенного Учителя, профессора Ильи Ильича Яковлева, который не уставал повторять: «Когда женщина рожает, врач должен находиться около нее неотлучно, положи руку на ее живот». В этих словах есть великая правда, ибо опытные руки акушера и ежесекундная включенность во все, что происходит с роженицей, не заменят никакие мониторы и аппараты, совершеннейшие диагностические и прогностические инструменты. Кстати, их показатели еще надо правильно и своевременно интерпретировать.

Каждый из нас помнит, что И. И. Яковлев в свое время мечтал именно о таком руководстве, но судьба распорядилась так, что он не успел реализовать свою мечту. Мы, его ученики, посчитали своим долгом осуществить его горячее желание научить врачей действовать в критических акушерских ситуациях, и вот уже более десяти лет в меру сил и возможностей делаем это и будем делать впредь. Надеемся, что предлагаемая вниманию практикующих врачей книга вызовет интерес и студентов старших курсов медицинских вузов, выбирающих свой путь в медицине и обративших свой взор в сторону акушерства и перинатологии.

Э. К. Айламазян

Глава 1

ГЕСТОЗ

Гестоз — это сложный нейрогуморальный патологический процесс, проявляющийся различными расстройствами функций центральной и вегетативной нервной систем, сердечно-сосудистой и эндокринной систем, а также нарушением ряда обменных процессов, иммунного ответа и других функций организма беременной.

Гестоз возникает преимущественно во второй половине беременности. Частота встречаемости гестоза (по отношению к общему числу беременных и рожениц), по данным литературы, значительно варьирует, что зависит от качества статистических данных, от охвата медицинским наблюдением беременных и рожениц, от уровня профилактической работы с беременными и от климатогеографических условий. Согласно современным данным, частота случаев гестоза в среднем колеблется от 2 до 14 %. В России, несмотря на наблюдающееся в последнее десятилетие снижение абсолютного числа родов, частота гестоза из года в год увеличивается и достигает 16—21 %. Необходимо отметить, что гестоз значительно чаще развивается у женщин, страдающих различными соматическими заболеваниями (свыше 40 %), у беременных и рожениц старше 35 лет, а также у первородящих (особенно у юных, до 18 лет). Известно, что эта патология наблюдается при перерастяжении матки во время беременности (многоплодие, многоводие, крупный плод), а также у женщин с признаками изогемоконфликта между матерью и плодом, при артериальной гипотонии, пузырьном заносе и ожирении.

Некоторые авторы указывают на то, что при полноценном, но не избыточном питании гестоз встречается относительно редко, а при недостаточном питании, и особенно при уменьшении в рационе содержания белков, его частота достигает 44 %. Имеются данные о семейном гестозе, то есть о более частом возникновении его среди сестер и дочерей женщин, перенесших эту патологию.

Гестоз является одной из ведущих причин материнской смертности (20—25 %). До сих пор высоким остается процент перинатальной потери плодов и новорожденных, в 3—4 раза превышаю-

щий перинатальную смертность в группе здоровых женщин. Поэтому гестоз следует рассматривать не только как заболевание материнского организма, но и как патологию плода, тяжесть течения которой соответствует тяжести состояния матери.

1.1. КЛАССИФИКАЦИЯ ГЕСТОЗА

В нашей стране общепринятым считалось выделение отдельных клинических форм гестоза, которые под влиянием различных причин переходят одна в другую и поэтому могут рассматриваться как своего рода стадии развития одного и того же заболевания.

Следует иметь в виду, что помимо «чистого», или «первичного», токсикоза принято различать «сочетанный» гестоз, который развивается на фоне экстрагенитальных заболеваний: гипертонической болезни, заболеваний почек, сахарного диабета, ревматизма и т. д.

Среди «чистых» форм гестоза выделяют моносимптомный (отеки и гипертония беременных) и полисимптомный токсикоз (нефропатия беременных, преэклампсия и эклампсия).

Некоторые акушеры выделяют преморбидное состояние (претоксикоз), к которому относят синдром лабильности артериального давления (АД), асимметрию АД, гипотонию, периодическую патологическую прибавку массы тела беременной. Почти у половины женщин претоксикоз переходит в клинически выраженную стадию гестоза.

Ряд акушеров считают необходимым оценивать степень тяжести каждой формы заболевания. При этом рассматривают три степени тяжести в каждой из клинических форм:

I — локализация отеков только на нижних конечностях;

II — распространение их на брюшную стенку;

III — генерализация отеков вплоть до анасарки.

Водянка беременных в 20–24 % случаев переходит в нефропатию.

Гипертонию беременных как моносимптомный токсикоз целесообразно также делить на три степени:

I — АД не выше 150/90 мм рт. ст.;

II — АД от 150/90 до 170/100 мм рт. ст.;

III — АД выше 170/100 мм рт. ст.

В практическом отношении полезно определять среднее АД (AD_{cp}) по формуле:

$$AD_{cp} = (AD_c + AD_d) : 3,$$

где AD_c — систолическое артериальное давление, AD_d — диастолическое артериальное давление.

У здоровых беременных цифры среднего АД обычно не превышают 100 мм рт. ст. Увеличение этого показателя на 15 мм рт. ст. от исходного уровня свидетельствует о начале заболевания.

Под *нефропатией* I степени следует понимать состояние, обусловленное наличием небольших отеков только на нижних конечностях, появлением в моче следов белка, повышением АД до 150/90 мм рт. ст., неравномерностью калибра сосудов сетчатки глазного дна. При II степени обнаруживают распространение отеков на верхние конечности и переднюю брюшную стенку, содержание белка в моче составляет от 1–3 г/л, повышение АД более 150/90 мм рт. ст., но не выше 170/100 мм рт. ст.; появляется отек сетчатки глаз. При нефропатии III степени обнаруживаются универсальные отеки с выраженной одутловатостью лица, содержание белка в моче составляет более 3 г/л, АД выше 170/100 мм рт. ст.; на глазном дне могут появиться кровоизлияния и дистрофические изменения.

Помимо деления нефропатии на I, II и III степени тяжести, для ее оценки может быть использована шкала Виттлингера. Тяжесть токсикоза определяют по 6 основным клиническим признакам — отеки, прибавка массы тела, артериальная гипертензия (АГ), величина диуреза, протеинурия и субъективные симптомы. Степень выраженности каждого признака соответствует определенному числу баллов, а общая сумма баллов характеризует степень тяжести нефропатии (табл. 1). Если сумма баллов от 2 до 10 свидетельствует о легкой степени нефропатии, от 11 до 20 — о средней степени тяжести, то при сумме баллов 21 и выше нефропатию следует считать тяжелой.

А. С. Слепых и М. А. Репина (1977) предлагают оценивать степень тяжести нефропатии с помощью усовершенствованной таблицы индекса Goske (табл. 2).

Так как преэклампсия является переходной стадией, эта форма гестоза должна всегда рассматриваться как тяжелая. Для оценки тяжести эклампсии принимают во внимание длительность и частоту судорожных припадков, а также продолжительность постэклампсического коматозного состояния более 4–6 ч.

В настоящее время большое внимание уделяется оценке тяжести гестоза по длительности его течения. Так, если признаки гестоза, даже выраженные умеренно, сохраняются более 2 нед. при активном лечении беременной, то заболевание следует считать тяжелым.

От правильной оценки клинической формы и определения степени тяжести гестоза во многом зависят объем, продолжительность и результативность лечения, а также тактика ведения женщины

Таблица 1

Оценка тяжести нефропатии по шкале Виттлингера

Симптомы	Баллы
<i>Отеки:</i>	
отсутствуют	0
локализованные	2
генерализованные	4
<i>Прибавка массы тела, кг:</i>	
до 12	0
от 13 до 15	2
от 16 и выше	4
<i>Протеинурия, г за сут.:</i>	
отсутствует	0
до 1	2
от 2 до 3	4
от 4 и выше	6
<i>Артериальное давление, мм рт. ст.:</i>	
120/80	0
140/90	2
160/100	4
180/110	8
<i>Диурез, мл/сут.:</i>	
более 1000	0
900–600	4
менее 500	6
анурия более 6 ч	8
<i>Субъективные симптомы:</i>	
отсутствуют	0
имеются	4

Таблица 2

Индекс нефропатии (Слепых А. С, Репина М. А., 1977)

Симптомы	Баллы			
	0	1	2	3
Отеки	Отсутствуют	Патологическая прибавка массы тела	Локальные	Генерализованные
Среднее АД, мм рт. ст.	100	100–110	110–120	120
Суточная потеря белка, г	0,5	0,5–2,0	2,0–5,0	5,0
Состояние глазного дна	Без изменений	Ангиопатия А	Ангиопатия Б	Отек сетчатки

Примечание. 1–4 балла – легкая степень нефропатии; 5–6 баллов – средняя степень; 7–8 баллов – тяжелая степень.

Учебное издание

**НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ
ПРИ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЯХ
В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Издание 4-е, переработанное и дополненное

Руководство

Э. К. Айламазян, Б. Н. Новиков, Л. П. Павлова,
И. Т. Рябцева, М. С. Зайнулина,
В. А. Старовойтов, Б. А. Барышев

Подписано в печать 15.03.2007. Формат 60 × 88¹/₁₆.
Усл. печ. л. 25. Тираж 5000 экз. Заказ №

ООО «Издательство „СпецЛит“».
190005, Санкт-Петербург, Измайловский пр., 29,
тел./факс: (812) 251-66-54, 251-16-94,
<http://www.speclit.spb.ru>

Отпечатано с диапозитивов ООО «Издательство „СпецЛит“»
в ГУП «Типография „Наука“»
199034, Санкт-Петербург, 9 линия, 12

ISBN 978-5-299-00340-6



9 785299 003406