



АССОЦИАЦИЯ АКУШЕРСКИХ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ

NULLIUS IN VERBA

Вестник акушерской анестезиологии

№1 Ноябрь 2017



*«Качать или не качать,
вот в чем вопрос...»*



«Супер-ВОМАН ли???»

Настоящее
чудо в
таблетках



«Уважаемые коллеги! Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов рада сообщить о запуске нового проекта, в виде ежемесячного вестника. На его страницах вы сможете прочесть современные и интересные новости акушерской анестезиологии не только из России, но и со всего мира!»

Президент АААР Шифман Е.М.

«Качать или не качать, вот в чем вопрос...»

Anaesthesia

Journal of the Association of Anaesthetists of
Great Britain and Ireland

1 Ноября 2017 г. на сайте журнала Anesthesia был опубликован *«Международный консенсус о ведении гипотонии с вазопрессорами при кесаревом сечении под спинальной анестезией»*.

Гипотония является очень распространенным последствием симпатического блока, вызванного спинальной анестезией при кесаревом сечении. Возникновение таких симптомов как тошнота, рвота и одышка, часто сопровождают тяжелую гипотонию. Неблагоприятные эффекты на плод, вызванные нарушением маточно-плацентарного кровотока, включая низкие показатели по шкале Апгар и ацидоз крови пупочной вены, коррелируют с тяжестью и продолжительностью гипотонии.

Мы предлагаем вам ознакомиться с основными положениями этих рекомендаций.

1. Гипотония после спинальной или комбинированной спинально-эпидуральной анестезии при кесаревом сечении вызывает побочные эффекты со стороны матери и новорожденного.

2. Гипотония возникает довольно часто, поэтому вазопрессоры следует использовать рутинно и предпочтительно профилактически.

3. α -агонисты являются препаратами выбора для лечения или профилактики гипотонии после спинальной анестезии. Хотя препараты с умеренной активностью β -агонистов могут быть предпочтительнее (норадреналин), в настоящее время Фенилэфрин (Мезатон) рекомендуется из-за большого количества проверенных данных.

4. В дополнение к вазопрессорам следует использовать левое боковое смещение матки и внутривенную преинфузию коллоидами или постинфузию (ко-инфузию) кристаллоидами (N.B.: важно напомнить, что в РФ существует информационное письмо, ограничивающее применение коллоидов рутинно, и только по строгим показаниям, преинфузия не входит в этот перечень).

5. Цель должна заключаться в поддержании систолического артериального (САД) давления $\geq 90\%$ от исходной линии, полученной измерением до спинальной анестезии, и избегания его снижения $<80\%$ исходного уровня. Авторы рекомендуют профилактическую инфузию Фенилэфрина с переменной скоростью с использованием перфузора. Инфузию следует начинать с 25-50 мкг/мин сразу после интратекального введения местного анестетика и титровать по артериальному давлению и частоте пульса. Могут потребоваться дополнительные болюсы.

6. Сердечный ритм роженицы может использоваться в качестве суррогата для сердечного выброса, если последний не контролируется; следует избегать как тахикардии, так и брадикардии.

7. При использовании α -агонистов в качестве вазопрессоров первой линии малые дозы эфедрина подходят для управления САД $<90\%$ от базовой линии в сочетании с низкой частотой сердечных сокращений. Для брадикардии с гипотензией может потребоваться антихолинергический препарат (атропин). Адреналин должен использоваться только при коллапсе.

8. Использование интеллектуальных перфузоров и двойной (двух препаратов) инфузии вазопрессоров может привести к

большей стабильности сердечно-сосудистой системы, чем та, которая достигается с помощью инфузии, контролируемой врачом.

9. У рожениц с преэклампсией гипотония развивается реже после спинальной анестезии, чем у обычных рожениц. Однако резкое снижение артериального давления нежелательно из-за возможного снижения кровотока в матке. Профилактическое введение вазопрессоров может и не потребоваться, но, если они используются, следует начинать с меньшей скоростью, чем для здоровых рожениц.

10. Рожениц с сердечно-сосудистой патологией следует оценивать индивидуально; некоторые состояния лучше всего контролируются Фенилэфрином (констриктор артериол без положительного инотропного эффекта), тогда как другие лучше всего реагируют на эфедрин (положительный инотропный и хронотропный эффект).

Таким образом, основными препаратами выбора в операционной являются **Мезатон** и **Норадреналин**.



Компьютерная система введения двух вазопрессоров

Важность расширенного мониторинга, такого как сердечный выброс, нуждается в дальнейших исследованиях, особенно у пациенток с тяжелыми кардиальными патологиями. В отдельных случаях у рожениц группы высокого риска может быть использован дополнительный инвазивный мониторинг.

Сравнение наиболее часто используемых вазопрессоров

| | Эфедрин (Дофамин) | Фенилэфрин (Мезатон) | Норадреналин | Адреналин |
|-------------------|--|-------------------------|-------------------|-------------------|
| Рецепторы | β_1, β_2 , слабый α_1 | α_1 | α_1, β | α_1, β |
| Время начала | медленное | быстрое | быстрое | быстрое |
| Продолжительность | длительное | среднее | короткое | короткое |

[Kinsella, S. M., Carvalho, et al. International consensus statement on the management of hypotension with vasopressors during caesarean section under spinal anaesthesia. Anaesthesia 2017](#)

Комментарий...

«Гипотония во время спинальной анестезии – это действительно серьезная проблема, и у нас есть с вами методы борьбы с ней. Главное - это пользоваться ими, а именно, смещение матки влево, компрессионное бинтование нижних конечностей, введение вазопрессоров, быстрая постинфузия, уменьшение дозы местного анестетика, если это возможно. Однако всегда надо помнить, что только применение всех методов вместе может снизить риск возникновения гипотонии».



Ответственный редактор выпуска Роненсон А.М.

«СУПЕР-woman ли???»

В начале 2017 года все медицинское сообщество обрадовалось наконец-то закончившемуся исследованию WOMAN. Действительно, воистину мировое исследование. В этом рандомизированном, двойном слепом, плацебо-контролируемом исследовании авторы набрали женщин в возрасте 16 лет и старше с клиническим диагнозом послеродового кровотечения после вагинальных родов или кесарева сечения из 193 медицинских учреждений в 21 стране мира. Авторы случайно выбрали женщин для внутривенного введения транексамовой



кислоты в дозе 1 г или плацебо в дополнение к обычным мероприятиям. Если кровотечение продолжалось через 30 мин или прекращалось и возобновлялось в течение 24 ч после первой дозы, вводилась вторая доза 1 г транексамовой кислоты или плацебо. Первоначально авторы планировали набрать 15 000 женщин с конечными результатами в виде летальных исходов от всех причин или гистерэктомии в течение 42 дней после рождения. Однако в ходе анализа стало очевидно, что решение о проведении гистерэктомии часто принималось одновременно с рандомизацией. Несмотря на то, что транексамовая кислота могла влиять на риск смерти в этих случаях, она не могла влиять на риск гистерэктомии. Поэтому авторы увеличили размер выборки с 15000 до 20000 женщин, чтобы оценить влияние транексамовой кислоты на риск смерти от послеродового кровотечения.

В период с марта 2010 года по апрель 2016 года было зарегистрировано 20 060 рожениц, которые были рандомизированы для приема транексамовой кислоты (n = 10051) или

плацебо (n = 10 009), из которых 10036 и 9985, соответственно, были включены в анализ. Смертность от кровотечения была значительно снижена у рожениц, получавших транексамовую кислоту (155 [1, 5%] из 10 036 пациентов против 191 [1, 9%] из 9985 в группе плацебо, коэффициент риска [OR] 0,81, 95% ДИ 0,65-1,00; P = 0,045), особенно у рожениц, получивших лечение в течение 3 часов после родов (89 [1,2%] в группе транексамовой кислоты против 127 [1,7%] в группе плацебо, RR 0,69, 95% CI 0,052-0,91; P = 0,008). Все другие причины смерти существенно не различались по группам. Частота гистерэктомии не была снижена с помощью транексамовой кислоты (358 [3,6%] пациентов в группе транексамовой кислоты по сравнению с 351 [3,5%] в группе плацебо, RR 1,02, 95% CI 0,88-1,07; P = 0,84). Комбинированный первичный конечный результат смертность от всех причин или гистерэктомии не был снижен в группе транексамовой кислоты (534 [5,3%] смертей или гистерэктомий в группе транексамовой кислоты против 546 [5,5%] в группе плацебо, RR 0,97, 95% CI 0,87-1,09; P = 0,65). Неблагоприятные события (включая тромбоземболические осложнения) не отличались существенно в группе транексамовой кислоты и плацебо.

Авторы сделали следующие выводы: транексамовая кислота уменьшает смертность из-за кровотечения у рожениц с послеродовым кровотечением без побочных эффектов. Для лечения послеродового кровотечения, транексамовую кислоту следует вводить как можно быстрее после начала кровотечения.

Однако после публикации результатов и данных исследования, вокруг него началась шумиха. В большинстве своем исследование проводилось у рожениц из стран с низким уровнем оказания медицинской помощи. Посмотрите: Нигерия (5711), Пакистан (5282), Уганда (2235), Кения (1031), Камерун (893), Судан (860), Танзания (538), Непал (533), Замбия (496), Албания (485), Конго (457),

Бангладеш (325), Эфиопия (302), и это еще не весь список стран. Многие уважаемые ученые высказались, что в странах с высоким уровнем медицинской помощи возможный эффект Транексама будет другим.

В этом месяце, 6 ноября, выходит общенациональное ретроспективное когортное исследование в 61 больнице Нидерландов. Исследовательская популяция состояла из 1260 женщин с послеродовым кровотечением, которые получали по меньшей мере четыре единицы RBC, или FFP, или PLT в дополнение к эритроцитам. Был проведен обзор медицинских историй и анализ данных банка крови. Конечный результат включал материнские осложнения (гистерэктомия, легирование маточных артерий, экстренный шов В-Lynch, эмболизацию артерий или перевод в отделение интенсивной терапии) и смертность.

247 женщин получили транексамовую кислоту на ранних этапах. После корректировки, отношение шансов для конечного результата при раннем введении транексамовой кислоты ($n = 247$) по сравнению с отсутствием / поздним введением транексамовой кислотой ($n = 984$) составляло 0,92 (95% доверительный интервал (ДИ) 0,66 - 1,27). Анализ данных подтвердил отсутствие различия в конечных результатах между женщинами с и без транексамовой кислоты. Кровопотеря после терапии первой линии существенно не различались между двумя группами (скорректированная разница - 177 мл, ДИ от -509,4 до +155,0).

Авторы приходят к выводу, что в стране с высоким уровнем медицинской помощи влияние транексамовой кислоты как на кровопотерю, так и на материнскую смертность и осложнения может быть не выраженным.

Ada Gillissen, Dacia D. C. A. Henriquez et al. The effect of tranexamic acid on blood loss and maternal outcome in the treatment of persistent postpartum hemorrhage: A nationwide retrospective cohort study. PLOS One 2017

Казалось бы, 6 ноября, и вот на следующий день, 7 ноября, в многоуважаемом журнале Lancet, выходит большой мета-анализ, посвященный влиянию задержки эффективности лечения антифибринолитиками при тяжелом кровотечении у 40 138 пациентов.

Большинство летальных исходов (884 [63%] из 1408) от кровотечения произошли в течение 12 часов после начала. Смертность от послеродового кровотечения достигала пика через 2-3 часа после родов. Транексамовая кислота значительно повышала общую выживаемость от кровотечения (отношение шансов [OR] 1.20 95% CI 1.08-1.33, $p = 0.001$). Задержка лечения снижала эффективность лечения ($p < 0.0001$). Немедленное начало лечения улучшило выживаемость более чем на 70% (OR 1.72, 95% CI 1.42-2.10, $p < 0.0001$).



В случае задержки начала лечения, его эффективность уменьшилась на 10% на каждые 15 минут задержки лечения до 3 ч, после чего не было никакой пользы. Не наблюдалось увеличения частоты тромбозов.

Авторы сделали выводы, что смерть от кровотечения происходит вскоре после его начала, и даже небольшая задержка в лечении снижает эффективность применения транексамовой кислоты. Пациентов необходимо лечить немедленно.

Effect of treatment delay on the effectiveness and safety of antifibrinolytics in acute severe haemorrhage: a meta-analysis of individual patient-level data from 40 138 bleeding patients Gayet-Ageron, Angèle Kayani, Aasia et al. The Lancet, Volume 0, Issue 0, 2017 – 7 Ноября

Комментарий...

Я думаю, что споры и исследования по эффективности Транексамовой кислоты долгое время будут будоражить медицинское сообщество и это лишь показывает нам, как неоднозначна медицина и коротечно время. Всегда найдутся практики, которые полагаясь на свой опыт, скажут: «Это не про нас и не для нас!». Но не забывайте, что на весах жизнь матери! И если эта жизнь стоит копеечного Транексама, возможно не стоит играть с ней в рулетку, ведь ZERO (ноль) может выпасть именно на ваш раунд!

Не стоит забывать, что у нас в России существует протокол «Интенсивная терапия и анестезия при кровопотере в акушерстве», одобренный Министерством Здравоохранения РФ, который рекомендует при возникновении акушерского кровотечения ввести Транексамовую кислоту в дозе 15 мг/кг внутривенно с последующей инфузией.

Ответственный редактор выпуска Роненсон А.М.



СТОЙ! Опасно для жизни



Все мы знаем, что проведение общей анестезии связано с большими рисками как для матери, так и для плода. Исследователи из Испании и Великобритании провели систематический обзор литературы, чтобы выяснить, связан ли тип анестезии в акушерской практике с осложнениями у рожениц с преэклампсией в странах с низким и средним уровнем дохода. Авторы провели анализ исследований с общей или нейроаксиальной анестезией у рожениц с преэклампсией, обобщив связь между результатами и типом анестезии с использованием соотношения шансов (OR) с 95% доверительными интервалами (95% ДИ).

Было включено 14 исследований (10 411 беременных). Общая анестезия была связана с увеличением вероятности материнской смерти в семь раз (OR 7,70, 95% ДИ от 1,9 до 31,0, I (2) = 58%), чем нейроаксиальная анестезия. Риск отека легких (OR 5.16, 95% ДИ от 2,5 до 10,4, I (2) = 0%), госпитализации в палату интенсивной терапии (OR 16,25, 95% ДИ от 9,0 до 29,5, I (2) = 65%), и перинатальная смертность (OR 3,01, 95% ДИ от 1,4 до 6,5, I (2) = 56%) были больше при общей, по сравнению с нейроаксиальной анестезией. Вывод: общая анестезия связана с увеличением осложнений у рожениц с преэклампсией при КС в странах с низким и средним уровнем дохода.

[Soha Sobhy, Kuhan Dharmarajah et al. Type of obstetric anesthesia administered and complications in women with preeclampsia in low- and middle-income countries: A systematic review. Hypertension in Pregnancy, 2017](#)

В 2015 году был опубликован знаменитый систематический обзор по неудачной интубации в акушерстве. Статистика была

удручающая: 1 смерть на 90 неудачных интубаций, и 2,3 на 100 000 общих анестезий в акушерстве. Да, кто-то может сказать, что 100 тысяч - это очень много, и общая анестезия сейчас проводится по строгим и редким показаниям. Однако никто не может обещать вам, что именно вы не попадете в эту статистику. Поэтому, если вы все-таки проводите общую анестезию, то необходимо подходить к ней с полной уверенностью в том, что у вас есть все для сложных дыхательных путей и вы сможете выполнить все алгоритмы оказания экстренной помощи при «Трудных и неудачных дыхательных путях в акушерстве».

[Kinsella, S.M. et al. Failed tracheal intubation during obstetric general anaesthesia: a literature review. International Journal of Obstetric Anesthesia 24 \(4\) 356 - 374](#)

В июне этого года в журнале «Anesthesia & Analgesia» был опубликован анализ проведенных общих анестезий в США с 2010 по 2015 г. Авторы обнаружили, что наиболее часто общая анестезия проводилась во время дежурства и в выходные дни, а именно в это время в большинстве учреждений родовспоможения врач анестезиолог находится один и может рассчитывать лишь на свои силы.

[Juang, Jeremy MD, PhD; Gabriel, Rodney A. MD et al. Choice of Anesthesia for Cesarean Delivery: An Analysis of the National Anesthesia Clinical Outcomes Registry. Anesthesia & Analgesia: 2017 - 124 \(6\), 1914–1917](#)



Комментарий...

Общая анестезия – это зло??? НЕТ. Никто это даже и не обсуждает. Здесь важно понять, что если есть альтернатива безопасная для пациентки, то нужно выбирать именно ее. Альтернатива, может быть не только при отказе от общей анестезии в пользу нейроаксиальных методов, но и наоборот. Поэтому важно помнить, что общая анестезия – это риск. Риск аспирации, риск трудной интубации, риск неудачной интубации, когда вы не только не сможете интубировать, но и вентилировать. Поэтому врач всегда должен помнить об этих рисках и готовиться к ним! Как говорил Цезарь: «Хочешь мира, готовься к войне».

Ответственный редактор выпуска Роненсон А.М.



Улучшенное положение

«Настоящее чудо в таблетках...»

Аспирин для профилактики преждевременной и доношенной преэклампсии: систематический обзор и мета-анализ.

Первичным результатом для этого анализа было развитие преждевременной преэклампсии с родоразрешением в сроке <37 недель беременности, вторичный результат - доношенная преэклампсия с родоразрешением ≥ 37 недель. Авторы провели систематический обзор и мета-анализ эффективности профилактического действия аспирина во время беременности. Был проведен поиск литературы через PubMed, Cinhal, Embase, Web of Science и Кохрановскую библиотеку с 1985 по июнь 2017 года. Относительные риски (RR) со случайным эффектом были рассчитаны с их 95% доверительными интервалами (95% ДИ).

Шестнадцать исследований, 18 907 беременных. Восемь из включенных исследований были оценены как имеющие хорошее качество, а остальные восемь - плохого или неопределенного качества. В исследованиях наблюдалась высокая гетерогенность, но не было обнаружено гетерогенности в подгруппе преждевременной преэклампсии, когда лечение проводилось в сроке ≤ 16 недель, а суточная доза аспирина составляла ≥ 100 мг. Введение аспирина было связано с уменьшением риска преждевременной преэклампсии (ОР 0,62, 95% ДИ от 0,45 до 0,87), но не было значительного эффекта на развитие доношенной преэклампсии (ОР = 0,92, 95% ДИ 0,70 до 1,21). Снижение ранней преэклампсии было ограничено подгруппой, в которой аспирин был начат при беременности ≤ 16 недель и при ежедневной дозе ≥ 100 мг (RR: 0,33, 95% ДИ от 0,19 до 0,57). Этот эффект также наблюдался в высококачественных исследованиях. Снижение преждевременной преэклампсии, наблюдаемое в самом крупном исследовании (ASPREE, n = 1620, RR: 0,38, 95% ДИ от 0,20 до 0,72), было аналогично снижению в пяти небольших



исследованиях, в которых аспирин был начат при беременности ≤ 16 недель и при ежедневной дозе ≥ 100 мг (n = 639, RR: 0,22, 95% ДИ от 0,07 до 0,66).

Авторы пришли к выводу, что аспирин снижает риск преждевременной преэклампсии, но не доношенной преэклампсии, и только тогда, когда терапия начинается при сроке ≤ 16 недель беременности и в суточной дозе ≥ 100 мг. [Roberge, Stephanie et al. Aspirin for the prevention of preterm and term preeclampsia: Systematic review and meta-analysis. American Journal of Obstetrics & Gynecology 2017](#)

Интересно, что в свежем номере этого журнала так же вышла статья, посвященная профилактическому эффекту аспирина у беременных с хронической гипертензией. У рожениц с хронической гипертензией преждевременная преэклампсия была 10,2% (5/49) в группе с аспирином и 8,2% (5/61) в группе с плацебо (скорректированное соотношение шансов 1,29, доверительный интервал 95%, 0,33-5,12). Соответствующие значения у рожениц без хронической гипертензии составили 1,1% (8/749) в группе с аспирином и 3,9% (30/761) в группе с плацебо (скорректированное отношение шансов 0,27, доверительный интервал 95%, 0,12-0,60).

Авторы сделали вывод, что положительный эффект аспирина на профилактику преждевременной преэклампсии не может применяться при беременности с хронической гипертензией.

[Poon, Liona C. et al. Aspirin for Evidence-Based Preeclampsia Prevention trial: effect of aspirin in prevention](#)

of preterm preeclampsia in subgroups of women according to their characteristics and medical and obstetrical history
American Journal of Obstetrics & Gynecology, Volume 217
(5), 585.e1 - 585.e5

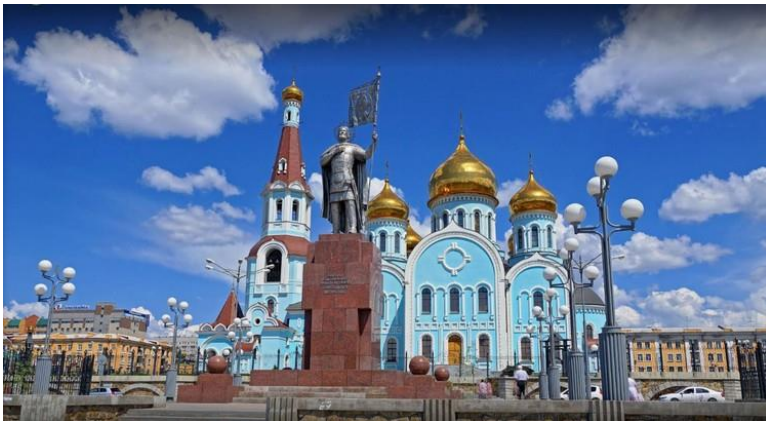
Комментарий...

Аспирин – что может быть проще? Много исследований проводилось на тему эффективности или нет аспирина для профилактики преэклампсии. До сих пор нет единого мнения, но многие сообщества акушеров-гинекологов и гайдлайны рекомендуют назначать аспирин беременным высокой группы риска по развитию преэклампсии. Ведь это заболевание не только может оказаться фатальным для матери.

В нашей стране многие пренебрегают назначением этого препарата или назначают его в недостаточной дозе, неэффективной для профилактики, а ведь преэклампсия и эклампсия являются ведущими причинами материнской смертности, напрямую связанными с беременностью.

Ответственный редактор выпуска Роненсон А.М.





4 — 5 октября 2017 года гостеприимная столица Забайкальского края вновь приняла делегатов, но уже в рамках 76-го Всероссийского образовательного форума «Теория и практика анестезии и интенсивной терапии в акушерстве и гинекологии». И снова площадкой для дискуссий была выбрана Читинская государственная медицинская академия.

Эти два дня были насыщены информацией и эмоциями. Присутствующими отмечен высокий уровень организации мероприятия и актуальность представленных докладов. Мы рады, что темы Форума находят живой отклик во врачебной среде и собирают множество специалистов разных медицинских специализаций. Ссылки на [отчет](#) и [фотоотчет](#).

28-30 октября 2017 года в Москве состоялся II Пленум Правления Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов, в рамках которого прошел Всероссийский образовательный Форум «Теория и практика анестезии и интенсивной терапии в акушерстве и гинекологии».

Мероприятие объединило анестезиологов-реаниматологов, акушеров-гинекологов, трансфузиологов, хирургов, клинических фармакологов, терапевтов родовспомогательных учреждений и организаторов здравоохранения. В мероприятии приняли участие 620 практикующих специалистов из всех регионов России и стран СНГ.



В рамках трехдневной программы Пленума были обсуждены самые острые и актуальные проблемы анестезии и интенсивной терапии в акушерстве, с учетом современного этапа развития перинатальных центров и внедрения новых технологий диагностики и лечения. Подробности мероприятия можно узнать на [сайте АААР](#).

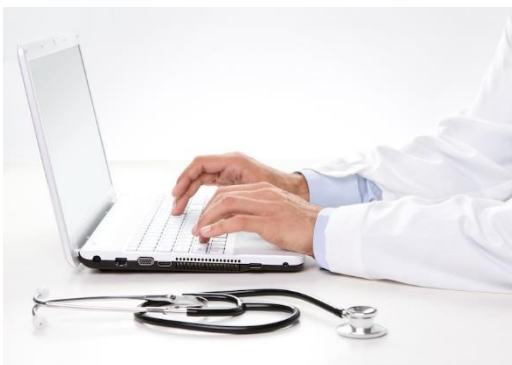
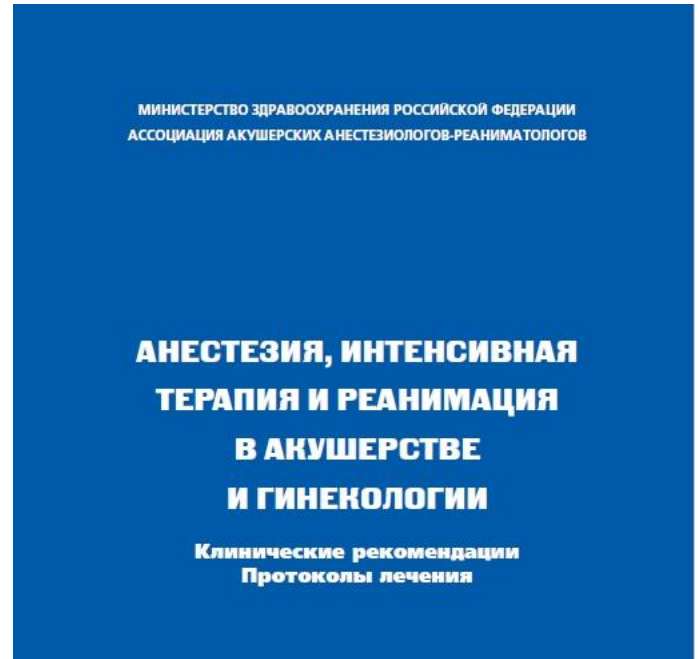
Уважаемые участники II Пленума Правления Ассоциации ААР!

С презентациями докладов мероприятия вы можете ознакомиться, пройдя по [ссылке](#). Презентации будут доступны для просмотра и скачивания с сайта в течение двух месяцев со дня выхода номера. Благодарим за понимание.



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Уважаемые коллеги, в 2018 году выйдет III издание сборника Клинических рекомендаций «Анестезия, интенсивная терапия и реанимация в акушерстве и гинекологии». Однако уже сейчас вышли приказы МЗ РФ по двум новым главам Клинических рекомендаций.



Доступ к просмотру материалов открыт только для членов Ассоциации на [сайте АААР](#).

Вы можете вступить в Ассоциацию в любое время, не выходя из дома, просто заполните анкету на [сайте](#)!



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Минздрав России)
ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА**

Рахмановский пер., 3, Москва, ГСП-4, 127994
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

20 ОКТ 2017

№

15-4/10/2-7317

На № _____

от _____

Руководителям органов
исполнительной власти
субъектов Российской Федерации
в сфере здравоохранения

Ректорам государственных
бюджетных образовательных
учреждений высшего
профессионального образования

Директорам федеральных
государственных учреждений науки

Министерство здравоохранения Российской Федерации направляет клинические рекомендации «Эмболия амниотической жидкостью: интенсивная терапия и акушерская тактика», разработанные в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», для использования в работе руководителями органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации при подготовке нормативных правовых актов, руководителями акушерских стационаров при организации медицинской помощи, а также для использования в учебном процессе.

Приложение: на 34 л. в 1 экз.

Т.В. Яковлева



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Минздрав России)
ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА**

Рахмановский пер., 3, Москва, ГСП-4, 127994
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

02 НОЯ 2017

№

15-4/10/2-7675

На № _____

от _____

Руководителям органов
исполнительной власти
субъектов Российской Федерации
в сфере здравоохранения

Ректорам государственных
бюджетных образовательных
учреждений высшего
профессионального образования

Директорам федеральных
государственных учреждений науки

Министерство здравоохранения Российской Федерации направляет клинические рекомендации (протокол лечения) «Острая жировая дистрофия печени у беременных: интенсивная терапия и акушерская тактика», разработанные в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», для использования в работе руководителями органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации при подготовке нормативных правовых актов, руководителями акушерских стационаров при организации медицинской помощи, а также для использования в учебном процессе.

Приложение: на 32 л. в 1 экз.

Т.В. Яковлева

Уважаемые члены Ассоциации, в последнем номере журнала «Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии» вышла статья, посвященная вопросам интенсивной терапии и анестезии при внематочной беременности.

Ознакомиться с полной версией статьи вы можете на [сайте АААР](#).

ЛЕКЦИЯ

DOI: 10.20953/1726-1678-2017-5-69-77

Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2017, том 16, №5, с. 69–77
Gynecology, Obstetrics and Perinatology, 2017, volume 16, No 5, p. 69–77

Интенсивная терапия и анестезия при внематочной беременности (по материалам «Внематочная (эктопическая) беременность. Клинические рекомендации (Протокол лечения). МЗ РФ № 15-4/10/2-729 от 06.02.2017»)

Л.В.Адамян¹, Н.В.Артымук², Т.Е.Белокриницкая³, А.В.Козаченко¹, А.В.Куликов⁴, А.А.Попов⁵, Д.Н.Проценко⁶, А.В.Пырегов⁷, О.В.Рогачевский¹, О.С.Филиппов⁸, Е.М.Шифман⁹, Н.А.Щукина⁵, А.Н.Дробинская⁹

¹Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И.Кулакова Минздрава России, Москва, Российская Федерация;

²Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Российская Федерация;

³Читинская государственная медицинская академия, Чита, Российская Федерация;

⁴Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Российская Федерация;

⁵Московский областной НИИ акушерства и гинекологии, Москва, Российская Федерация;

⁶Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, Москва, Российская Федерация;

⁷Департамент медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России, Москва, Российская Федерация;

⁸Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского, Москва, Российская Федерация;

⁹Новосибирский национальный исследовательский государственный университет, Новосибирск, Российская Федерация

В статье отражены основные положения Клинических рекомендаций (протоколов лечения) по внематочной (эктопической беременности), касающиеся проведения интенсивной терапии массивной кровопотери и ДВС-синдрома. Последовательно представлены основные принципы лечения на догоспитальном и стационарном этапах оказания медицинской помощи при данной патологии. Особое внимание уделено вопросам соблюдения таких принципов, как «контроль за повреждением», «контроль за реанимацией» и «контроль за гемостазом». Обсуждены проблемы оценки величины кровопотери, диагностики нарушений системы гемостаза (шкалы ДВС-синдрома), проведения инфузионно-трансфузионной терапии массивной кровопотери и регуляции гемодинамики при геморрагическом шоке. Обосновано применение рекомбинантных факторов свертывания крови (ФVIIa) при коагулопатии на фоне массивной кровопотери. Клинические рекомендации (протокол лечения) утверждены Министерством здравоохранения РФ.

Ключевые слова: беременность эктопическая, геморрагический шок, ДВС-синдром, массивная кровопотеря, протокол массивной трансфузии, фактор VII

Для цитирования: Адамян Л.В., Артымук Н.В., Белокриницкая Т.Е., Козаченко А.В., Куликов А.В., Попов А.А., Проценко Д.Н., Пырегов А.В., Рогачевский О.В., Филиппов О.С., Шифман Е.М., Щукина Н.А., Дробинская А.Н. Интенсивная терапия и анестезия при внематочной беременности (по материалам «Внематочная (эктопическая) беременность. Клинические рекомендации (Протокол лечения). МЗ РФ № 15-4/10/2-729 от 06.02.2017»). Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2017; 16(5): 69–77. DOI: 10.20953/1726-1678-2017-5-69-77

Для корреспонденции:

Адамян Лейла Владимировна, академик РАН, заместитель директора по научной работе Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И.Кулакова Минздрава России; руководитель отделения оперативной гинекологии Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И.Кулакова Минздрава России; заведующая кафедрой репродуктивной медицины и хирургии ФГДО Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова; главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии; вице-президент Российского общества акушеров-гинекологов (г. Москва)

Адрес: 117997, Москва, ул. Академика Опарина, 4
Телефон: (495) 438-1188

Статья поступила 07.08.2017 г., принята к печати 24.10.2017 г.

For correspondence:

Leila V. Adamyan, academician of RAS, deputy director for research of the V.I.Kulakov National Medical Research Centre of Obstetrics, Gynaecology and Perinatology, head of the department of operative gynaecology, V.I.Kulakov Scientific Centre of Obstetrics, Gynecology and Perinatology; head of the chair of reproductive medicine and surgery, A.I.Evdokimov State University of Medicine and Dentistry; chief consulting specialist of the Ministry of Health in obstetrics and gynaecology; vice-president of the Russian Society of Obstetricians and Gynaecologists (Moscow)

Address: 4, ul. Akademika Oparina, Moscow, 117997, Russian Federation
Phone: (495) 438-1188

The article was received 07.08.2017, accepted for publication 24.10.2017

1-е ИЗВЕЩЕНИЕ

«Теория и практика анестезии и интенсивной терапии в акушерстве и гинекологии»

Первый совместный конгресс по акушерской анестезиологии (ОАА-ОАІА)
памяти Джеральдины О'Салливан



III Съезд Ассоциации акушерских
анестезиологов-реаниматологов



5-7 СЕНТЯБРЯ 2018



Место проведения: 196240, г. Санкт Петербург,
Площадь Победы д.1, Парк Инн Пулковская

Уважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в первом совместном конгрессе Английской и Российской Ассоциаций акушерских анестезиологов-реаниматологов. Это уникальное международное сотрудничество пройдет в рамках Всероссийского образовательного форума и будет посвящено теории и практике анестезии и интенсивной терапии в акушерстве и гинекологии.

5-7 сентября 2018

Следите за новостями на нашем сайте:

www.arfpoint.com



**Ассоциация акушерских
анестезиологов-реаниматологов**

ARFPOINT.RU

Всероссийский образовательный форум
«Теория и практика анестезии и интенсивной терапии в акушерстве и гинекологии»

ARFPOINT.RU

| Рейс | Пункт назначения | Дата |
|------|--|---------------------|
| 84 | Рязань | 1-2 февраля |
| 85 | Сургут | 2-3 марта |
| 86 | Уфа | 15-16 марта |
| 87 | Смоленск | 29-30 марта |
| 88 | Майкоп | 5-6 апреля |
| 89 | Волгоград | 20-21 апреля |
| 90 | Архангельск | 29-30 мая |
| 91 | Иркутск | 15-16 июня |
| 92 | Якутск | 21-22 июня |
| 93 | Санкт-Петербург (Международный образовательный Конгресс АААР и ОАА памяти Джеральдины О'Салливан. III-й Съезд АААР) | 5-7 сентября |
| 94 | Владивосток | 21-22 сентября |
| 95 | Грозный | 5-6 октября |
| 96 | Набережные Челны | 18-19 октября |
| 97 | Симферополь | 1-2 ноября |
| 98 | Кызыл | 15-16 ноября |
| 99 | Ставрополь | 23-24 ноября |
| 100 | Курск | 6-7 декабря |
| 101 | Киров | 14-15 декабря |
| 102 | Астрахань | 20-21 декабря |

2018