



WWW.ARFPOINT.RU

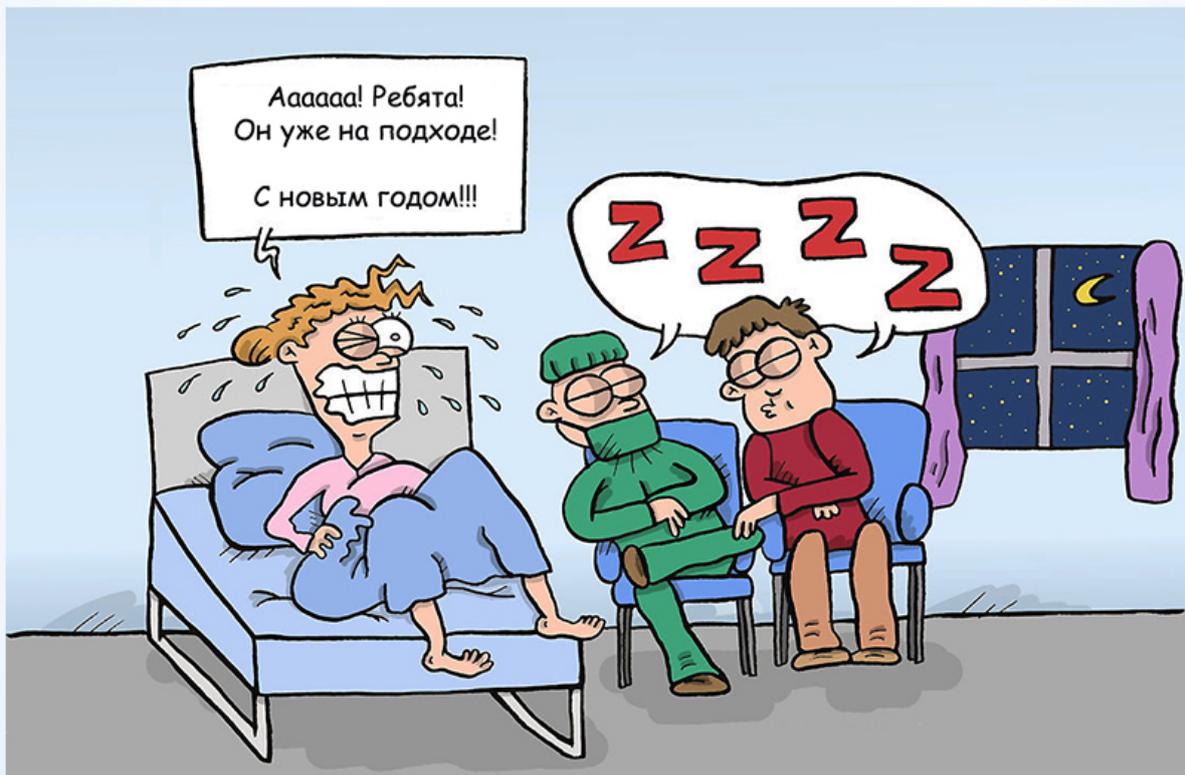
Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов
Obstetrical Anesthesiologists Intensivists Association

online журнал

№12(14)

Вестник акушерской анестезиологии 2018

online journal **Obstetric Anesthesia Digest** Декабрь





WWW.ARFPOINT.RU

Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов
Obstetrical Anesthesiologists Intensivists Association

online журнал

Вестник акушерской анестезиологии

№12(14)

2018

online journal **Obstetric Anesthesia Digest** Декабрь

Главный редактор: *Е.М. Шифман, проф. (Москва, Россия)*

Зам. главного редактора: *А.В. Куликов, проф. (Екатеринбург, Россия)*

А.М. Овезов, проф. (Москва, Россия)

Научный редактор: *А.М. Роненсон (Тверь, Россия)*

Редакционная коллегия: *И.С. Абазова, д.м.н. (Нальчик, Россия)*

С.В. Баринов, проф. (Омск, Россия)

А.Ж. Баялиева, проф. (Казань, Россия)

Т.Е. Белокриницкая, проф. (Чита, Россия)

С.И. Блауман, к.м.н. (Омск, Россия)

В.Е. Радзинский, проф.

(Москва, Россия)

Е.В. Ройтман, проф. (Москва, Россия)

В.А. Руднов, проф. (Екатеринбург, Россия)

Г. П. Тихова (Петрозаводск, Россия)

К.Г. Шаповалов, проф. (Чита, Россия)

Иностранные члены редакционной коллегии: *А.М. Иоскович, проф. (Иерусалим, Израиль)*

Й. Пунж, проф. (Нью-Дели, Индия)

Б. Туяков, к.м.н. (Польша)

Директор издания: *Е.В. Арлюк (Москва, Россия)*

Художественный редактор: *О.А. Шинькович (Москва, Россия)*

Технический редактор:

П.В. Романов (Москва, Россия)

Корректоры: *Т.Н. Мороз (Москва, Россия)*

Chief editor: *E.M. Schiffman, Prof. (Moscow, Russia)*

Deputy chief editor: *A.V. Kulikov, Prof. (Ekaterinburg, Russia)*

A.M. Ovezov, Prof. (Moscow, Russia)

Science editor: *A.M. Ronenson (Tver, Russia)*

Editorial board: *I.S. Abazova, MD (Nalchik, Russia)*

S.V. Barinov, Prof. (Omsk, Russia)

A.Z. Bayalieva, Prof. (Kazan, Russia)

T.E. Belokrinitskaya, Prof. (Chita, Russia)

S. I. Blauman, PhD (Omsk, Russia)

V.E. Radzinsky, Prof.

(Moscow, Russia)

E.V. Roytman, Prof. (Moscow, Russia)

V.A. Rudnov, Prof. (Ekaterinburg, Russia)

G. P. Tikhova (Petrozavodsk, Russia)

K.G. Shapovalov, Prof. (Chita, Russia)

Foreign members of the Editorial board: *A. M. Ioscovich, Prof. (Jerusalem, Israel)*

J. Punj, Prof (New Delhi, India)

B. Tuyakov, PhD. (Poland)

Journal director: *E.V. Arluk (Moscow, Russia)*

Art editor: *O.A. Shinkovich (Moscow, Russia)*

Technical editor: *P.V. Romanov (Moscow, Russia)*

Proofreaders: *T.N. Moroz (Moscow, Russia)*

Все права защищены. Ни одна часть этого издания не может быть воспроизведена без предварительного письменного разрешения издателя. Ответственность за достоверность информации, содержащейся в рекламных материалах, несут рекламодатели.

All rights reserved. Any part of this journal shall not be reproduced without the prior written permission of the publisher. Advertisers are responsible for the information contained in the advertising materials.

№12(14) Декабрь 2018

№12(14) December 2018

Вестник акушерской анестезиологии
Obstetric anesthesia digest



Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов
Obstetrical Anesthesiologists Intensivists Association

online журнал

Вестник акушерской анестезиологии №12(14)
2018
online journal **Obstetric Anesthesia Digest** Декабрь

С о д е р ж а н и е

Статья	Стр.
Рекомендации Американского общества гематологов (АОГ) по лечению венозных тромбозэмболических осложнений во время беременности	4
Депрессии дыхания после эпидурального введения Морфина для послеоперационного обезболивания при операции кесарева сечения	8
Комментарий к статье «Ведение послеродового кровотечения: от исследований к практике. Обзор литературы и опыта (Кардифф, Уэльс)»	13
Анестезия при выполнении серкляжа (клинические рекомендации)	15
Влияет ли обезболивание родов на развитие послеродовой депрессии	17
Анестезиология 21 века: наша наука — это наше достояние!	18
«Внимание конкурс!»	19

Рекомендации Американского общества гематологов (АОГ) по лечению венозных тромбоэмболических осложнений во время беременности (основные положения)

Принципы терапии острого венозного тромбоза и тромбоза поверхностных вен

Сильные рекомендации

Беременным с острыми венозными тромбоэмболическими осложнениями (ВТЭО) **рекомендуется:**

- проводить антитромботическую терапию;
- применять низкомолекулярные гепарины (НМГ) по сравнению с нефракционированным гепарином (НФГ).

Условные рекомендации

Беременным с подтвержденным острым тромбозом поверхностных вен и острыми ВТЭО **рекомендуется:**

- применять НМГ;
- использовать режим дозирования НМГ (например, надропарин кальция – прим. ред.) один или два раза в день.

При лечении пациенток с ВТЭО и острым тромбозом глубоких вен нижних конечностей (ТГВ) **не рекомендуется:**

- рутинный лабораторный контроль анти-FXa для определения терапевтической дозы НМГ;
- использование катетер-направленного тромболитика в дополнение к терапии.

Беременным с острой тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА) и дисфункцией правого желудочка при отсутствии нестабильной гемодинамики **не рекомендуется:**

- добавлять системную тромболитическую терапию к лечению НМГ.

Беременным с острой ТЭЛА и выраженной нестабильной гемодинамикой **рекомендуется:**

- добавить системную тромболитическую терапию к НМГ.

Беременным с низким риском острых ВТЭО **рекомендуется:**

- проводить амбулаторное лечение.

Антикоагулянтная терапия в преддверии родоразрешения

Беременным, получающим НМГ в терапевтических дозах для лечения ВТЭО, **рекомендуется:**

- использовать запланированные роды с предварительным прекращением антикоагулянтной терапии;

Беременным, получающим НМГ в профилактических дозах (например, надропарин кальция – прим. ред.), **рекомендуется:**

- не использовать запланированные роды с прекращением профилактической дозы антикоагулянтов по сравнению с самопроизвольными родами.

Применение антикоагулянтов при кормлении грудью

Родильницам с сохраненной лактацией, у которых есть показания к антикоагулянтной терапии, **рекомендуется:**

- назначать НФГ, НМГ (например, надропарин кальция – прим. ред.), Варфарин и Аценокумарол в качестве безопасных препаратов, не используя при этом оральные антикоагулянты прямого действия.

Профилактика ВТЭО

Беременным без факторов риска или с одним фактором нет необходимости проводить профилактику ВТЭО.

Женщинам, которые получали профилактические дозы НМГ во время беременности, рекомендуется использовать промежуточные или профилактические дозы НМГ в послеродовом периоде.

Пациенткам с ЭКО не рекомендуется использовать рутинную профилактику ВТЭО, но если у женщины с ЭКО диагностирован тяжелый синдром гиперстимуляции яичников необходимо назначить профилактическую антитромботическую терапию (например, надропарин натрия – прим. ред.).

Назначать профилактическую антикоагулянтную терапию необходимо только тем пациенткам, в анамнезе у которых ВТЭО были спровоцированы беременностью и связаны исключительно с гормональными факторами риска. Если же возникшие во время беременности ВТЭО не связаны с гормональными факторами риска, назначать профилактическую антикоагулянтную терапию рекомендуется только после родов.

До родов использовать профилактическую антитромботическую терапию **не рекомендуется:**

- беременным с гетерозиготной мутацией FV Лейдена или протромбина, а также при дефиците Протеина С или S, независимо от семейного анамнеза ВТЭО;
- беременным, у которых нет семейного анамнеза ВТЭО, но есть дефицит антитромбина или гомозиготные мутации протромбина.

Рекомендуется использовать профилактическую антитромботическую терапию до родов:

- беременным с дефицитом антитромбина, у которых есть семейный анамнез ВТЭО, и гомозиготная мутация FV Лейдена, или у которых были комбинированные тромбофилии.

В послеродовом периоде антитромботическая терапия **рекомендуется** женщинам:

- с семейным анамнезом ВТЭО и дефицитом антитромбина;
- с семейным анамнезом ВТЭО и дефицитом Протеина С или S
- с комбинированными тромбофилиями или гомозиготной мутацией FV Лейдена, или протромбина, независимо от семейного анамнеза ВТЭО

В послеродовом периоде антитромботическая терапия **не рекомендуется** женщинам:

- без семейного анамнеза ВТЭО, но с гетерозиготной мутацией FV Лейдена или протромбина, или с дефицитом антитромбина, Протеина С или S;
- с семейным анамнезом ВТЭО, гетерозиготной мутацией FV Лейдена или протромбина.

Диагностика ВТЭО

Беременным с подозрением на ТЭЛА рекомендуется применять вентиляционно-перфузионное сканирование легких по сравнению с КТ-ангиопульмонографией.

Беременным с подозрением на ТГВ рекомендуются назначить дополнительные обследования (в том числе ультразвуковое исследование или магнитно-резонансную венографию) по сравнению с отсутствием дальнейших исследований после первичного отрицательного УЗИ с визуализацией подвздошных вен.

Следует отметить, что в большинстве своем эти рекомендации являются условными, т.к. имеют низкую достоверность данных. Но, тем не менее, они могут оказаться полезными в повседневной работе и помочь в оказании

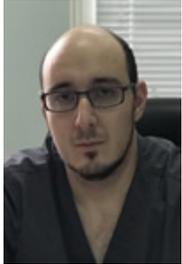
высококвалифицированной
пациентам.

помощи

venous thromboembolism: venous
thromboembolism in the context of pregnancy.
Blood Advances 2018 2:3317-3359

Shannon M. Bates et al. American Society of
Hematology 2018 guidelines for management of

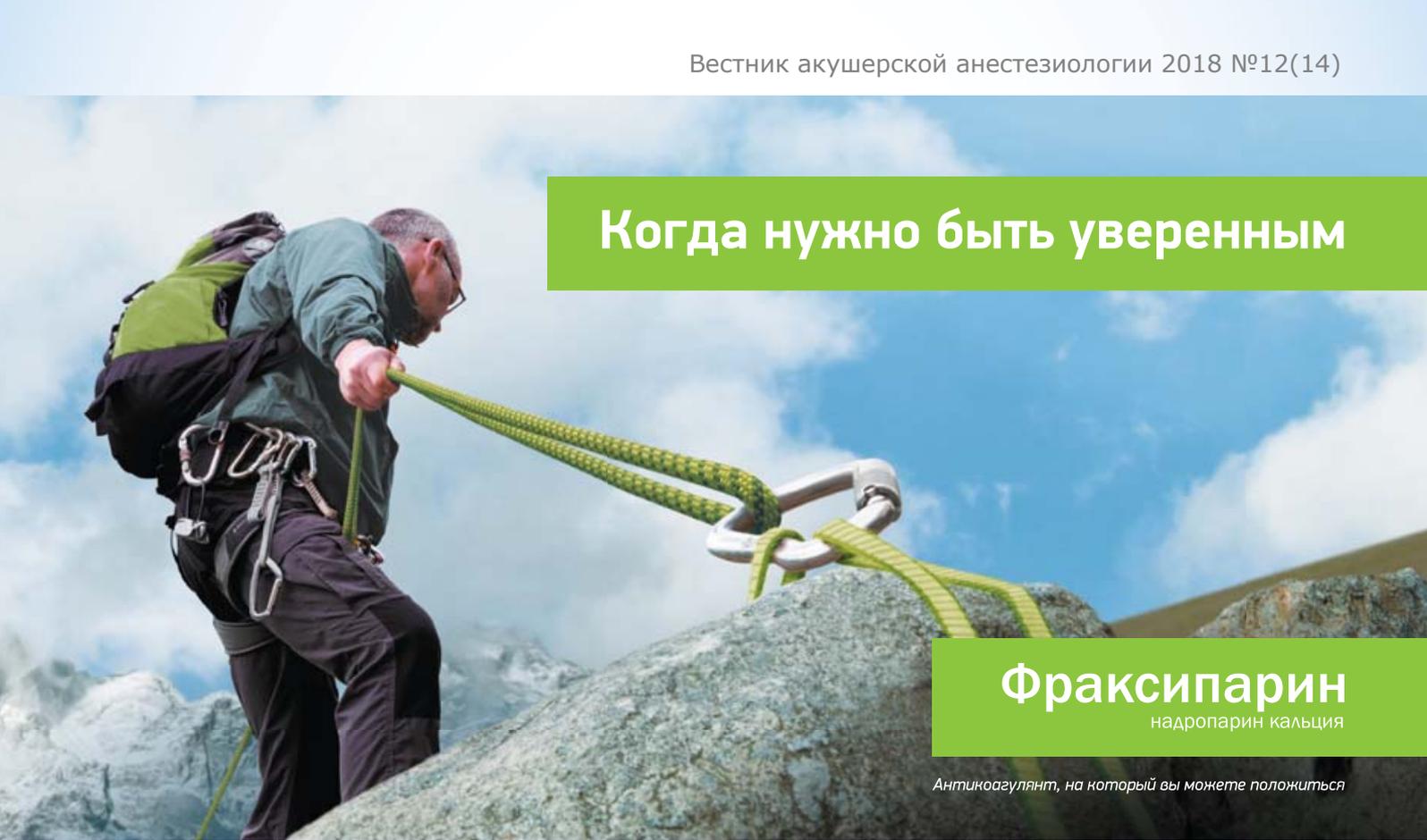
Комментарий эксперта



Роненсон Александр Михайлович – заведующий отделением анестезиологии и реанимации ГБУЗ Тверской области «Областной клинический перинатальный центр имени Е.М. Бакуниной», научный редактор онлайн-журнала «Вестник акушерской анестезиологии» (Тверь)

Тромбоэмболические осложнения в послеродовом периоде остаются актуальной темой дискуссий на международных конференциях, международных сообществах и проводимых исследованиях. Недавнее опубликованное исследование [Zhi-Hua Zhou et al.](#), было посвящено определению факторов риска тромбоэмболических венозных осложнений (ВТЭО) в послеродовом периоде. Исследование «случай-контроль» проводилось в учреждении родовспоможения университета Чжэцзян, Китай, с января 2006 года по декабрь 2016 года; случаи госпитализации с ВТЭО в течение 1 недели после родов были выявлены в соответствии с Международной классификацией болезней девятого пересмотра. Контрольных женщин в послеродовом периоде без ВТЭО выбирали случайным образом, подбирали по дню рождения, возрасту, метода родоразрешения и количеству плодов в соотношении 4:1. Были проанализированы клинические факторы риска для послеродовых ВТЭО. При бинарном логистическом регрессионном анализе авторы нашли независимые переменные, которые были в значительной степени связаны с послеродовыми ВТЭО (все $p < 0,05$): преэклампсия/эклампсия (отношение шансов [OR], 2,89; 95% доверительный интервал [ДИ], 1,56-5,37) и послеродовое кровотечение (ОШ, 4,6; 95% ДИ, 1,71-12,40). Авторы сделали вывод, что преэклампсия/эклампсия и послеродовое кровотечение были важными факторами риска ранних ВТЭО в послеродовом периоде.

Стоит также обратить внимание на недавно вышедшие (06.12.18 г.) клинические рекомендации утвержденный Минздравом России «[Анестезия и интенсивная терапия у пациенток, получающих антикоагулянты для профилактики и лечения венозных тромбоэмболических осложнений в акушерстве](#)». Особое внимание стоит уделить новой шкале оценки риска ВТЭО во время беременности и после родов, так как почти любая родильница после операции кесарева сечения будет иметь факторы риска, которые подразумевают назначению НМГ.



Когда нужно быть уверенным

Фраксипарин

надропарин кальция

Антикоагулянт, на который вы можете положиться

- **Фраксипарин – единственный** НМГ, достоверно снижающий смертность у оперированных пациентов^{1,2}
- **Фраксипарин – единственный** НМГ, достоверно снижающий риск тромбоза глубоких вен* по сравнению с гепарином³
- **Фраксипарин не повышает** риск развития кровотечений по сравнению с НФГ⁴
- **Фраксипарин имеет сравнимую эффективность и меньший риск** кровотечений, чем эноксапарин у пациентов с колоректальным раком^{5,6}
- **Фраксипарин** (кальциевая соль надропарина) переносится** лучше эноксапарина натрия⁷

* Бессимптомные ТГВ; ** Локальная переносимость

1. Geerts W, et al. Prevention of Venous Thromboembolism: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition) Chest 2008; 133: 381-453. 2. Franco Piovella and Marisa Barone. Clinical Experience of Nadroparin in Patients with Cancer. European Oncological Disease. Volume 4 issue 1, 2008; 3. Mismetti P et al. Meta analysis of low molecular weight heparin in the prevention of venous thromboembolism in general surgery. Br J Surg. 2001; 88: 913-30; 4. European Fraxiparine Study Group. Comparison of a LMWH and UFH for the prevention of deep venous thrombosis in patients undergoing abdominal surgery. The EFS Group. Br J Surg. 1988; 75: 1058-63; 5. Simonneau G et al. A randomized study comparing the efficacy and safety of nadroparin 2850 IU (0.3 ml) vs. enoxaparin 4000 IU (40 mg) in the prevention of venous thromboembolism after colorectal surgery for cancer. Journal of Thrombosis and Haemostasis, 2006(4): 1693-1700; 6. Сравнение эффективности в отношении ВТЭО между Фраксипарином и эноксапарином в данном исследовании статистически не подтверждено, однако эноксапарин не доказал преимуществ перед Фраксипарином; 7. Albanese C et al. Comparison

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ФРАКСИПАРИН, раствор для подкожного введения, 9500 МЕ анти-Ха/мл. Международное непатентованное название: надропарин кальция. **Показания к применению:** Профилактика тромбозомболических осложнений: при общехирургических и ортопедических вмешательствах; у больных с высоким риском тромбообразования (при острой дыхательной и/или сердечной недостаточности) в условиях отделения интенсивной терапии. Лечение тромбозомболий. Профилактика свертывания крови во время гемодиализа. **Способ применения и дозы: профилактика тромбозомболий:** Общая хирургия: Рекомендованная доза Фраксипарина составляет 0,3 мл (2850 анти-Ха МЕ) подкожно, за 2 - 4 часа до операции, затем 1 раз в день. Продолжительность лечения не менее 7 дней. Ортопедические операции: дозировка в зависимости от массы тела больного (начальная доза за 12 ч до операции, следующая через 12 ч после операции, затем до 3-его дня после операции 1 раз в сутки: до 50 кг – 0,2 мл, 50 – 69 кг – 0,3 мл, более 70 кг – 0,4 мл; с 4 дня: до 50 кг – 0,3 мл, 50 – 69 кг – 0,4 мл, более 70 кг – 0,6 мл), подкожно. Минимальный срок терапии составляет 10 дней. Пациенты с высоким риском тромбообразования, как правило, находящиеся в отделениях реанимации и интенсивной терапии: Фраксипарин назначается подкожно 1 раз в сутки. Доза зависит от массы тела (до 70 кг – 0,4 мл, более 70 кг – 0,6 мл). Фраксипарин применяют в течение всего периода риска тромбообразования. **Лечение тромбозомболий:** Фраксипарин назначается подкожно 2 раза в день (каждые 12 часов), обычная продолжительность курса – 10 дней. Доза зависит от массы тела больного - из расчета 86 анти-Ха МЕ/кг массы тела. **Профилактика свертывания крови в системе экстракорпорального кровообращения при гемодиализе:** Доза Фраксипарина должна быть установлена для каждого пациента индивидуально, с учетом технических условий диализа и веса пациента (до 50 кг – 0,3 мл, до 69 кг – 0,4 мл, 70 кг и более – 0,6 мл). Фраксипарин вводится однократно в артериальную линию петли диализа в начале каждого сеанса. В случае если сеанс диализа продолжается дольше 4 часов, могут быть введены дополнительные небольшие дозы Фраксипарина. У больных с повышенным риском кровотечения сеансы диализа могут проводиться с использованием половинной дозы препарата. **Нежелательные реакции:** Очень часто – кровотечения различных локализаций, чаще у пациентов с другими факторами риска, образование маленькой подкожной гематомы в месте инъекции. Часто – повышение уровня печеночных трансаминаз, носящее обычно транзиторный характер. **Противопоказания:** Повышенная чувствительность к надропарину или любому другому компоненту препарата; тромбоцитопения при применении надропарина в анамнезе; признаки кровотечения или повышенный риск кровотечения, связанный с нарушением гемостаза, за исключением ДВС-синдрома, не вызванного гепарином; органические поражения органов со склонностью к кровоточивости (например, острая язва желудка или двенадцатиперстной кишки); травмы или оперативные вмешательства на головном и спинном мозге или на глазах; внутричерепное кровоизлияние; острый септический эндокардит; тяжелая почечная недостаточность (клиренс креатинина менее 30 мл/мин) у пациентов, получающих Фраксипарин с целью лечения тромбозомболий; детский возраст (< 18 лет). **особые указания:** см. Инструкцию по медицинскому применению препарата. **Условия отпуска из аптек:** по рецепту. **Регистрационный номер:** П N 015872/01. **Держатель регистрационного удостоверения:** Аспен Фарма Трейдинг Лимитед, 3016 Лейк Драйв, Ситивест Бизнес Кампус, Дублин 24, Ирландия. **Дата обновления:** июль 2017. **Полная информация по препарату содержится в инструкции по медицинскому применению.**

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА ФРАКСИПАРИН!

Наименование, адрес организации, уполномоченной владельцем регистрационного удостоверения лекарственного препарата на принятие претензий от потребителя: 000 «Аспен Хэлс», 123112, г. Москва, Пресненская наб., д. 6/2. Тел.: +7 (495) 969-20-51. Для получения дополнительной информации направляйте запросы на электронную почту: aspenmedinfo@professionalinformation.co.uk или звоните по телефону: +7 (495) 108 02 40. www.aspenpharma.com RU-NAD-0517-0100



aspEN
RUSSIA

Депрессии дыхания после эпидурального введения Морфина для послеоперационного обезболивания при операции кесарева сечения

Основной целью авторов была оценка влияния Морфина, введенного эпидурально, на частоту дыхания у здоровых женщин после операции Кесарево сечение (КС). Из исследования были исключены женщины с физическим статусом по классификации Американского общества анестезиологов (ASA) – 2, с Синдромом обструктивного апноэ сна в анамнезе и многорожавшие. Так же в расчет не брались женщины с противопоказаниями к комбинированной спинально-эпидуральной анестезии и экстренным КС.

Данное наблюдательное исследование было проведено в больнице Seirei Hamamatsu в Сидзуоке, Япония. Были проанализированы пациентки, подвергшиеся плановому КС с использованием комбинированной спинально-эпидуральной анальгезии: 1,6 мл 0,5% гипербарического Бупивакаина и 20 мкг Фентанила. После КС родильница эпидурально получала коктейль, содержащий 3 мг Морфина, 50 мкг Фентанила и 5 мл 1% Мепивакаина. После завершения операции пациентка переводилась в родильное отделение. Датчик Nellcor (для определения сатурации) устанавливался на указательном пальце руки для измерения неинвазивного артериального давления (АД). Проводилась инфузия одного грамма инъекционного Парацетамола в соответствии с внутренними рекомендациями больницы. Регулярные наблюдения, включая измерение АД, частоту пульса и температуру тела, регистрировались с часовым интервалом. Частота дыхания и сатурация непрерывно регистрировались в течение первых 24 часов после операции. Исследование депрессии было разделено на несколько групп по степени тяжести: легкая

респираторная депрессия определялась, как брадипноэ (частота дыхания ≤ 10 дых/мин) и десатурация (насыщение кислородом (SpO₂) $\leq 95\%$) в течение >1 мин; умеренная респираторная депрессия – частота дыхания ≤ 10 дых/мин и SpO₂ $\leq 90\%$; и тяжелая респираторная депрессия (частота дыхания ≤ 10 дых/мин и SpO₂ $\leq 85\%$). Количество случаев респираторной депрессии в час подсчитывалось с момента введения Морфина до момента прекращения наблюдения. На устройстве Nellcor не установлены аварийные сигналы. Если уровень SpO₂ $\leq 95\%$ был длительным, акушеркам было разрешено стимулировать дыхание пациентки. Данные сохранялись в устройстве и извлекались позже. Анализ проводился после завершения сбора данных от всех участников.



Результаты исследования

В исследовании согласились принять участие 100 пациенток. Одиннадцать из них были исключены из-за прерывистой записи на мониторах, которая предположительно была вызвана движением пальцев или разговорами, в результате чего данные всего 89 пациенток были доступны для анализа. Средний интервал между эпидуральным введением Морфина и установкой датчика составлял 52 минуты (межквартильный интервал [IQR] 38-81). Средняя продолжительность мониторинга составила 19 часов (IQR 17,0-20,4). 76 женщин (85%) испытали, по крайней мере, один эпизод брадипноэ (частота дыхания ≤ 10 дых/мин) и 46 женщин (52%) – легкую респираторную депрессию. У 11 женщин (12%) развилась умеренная десатурация (SpO₂ $\leq 90\%$), и только у одной (1%) развилась умеренная респираторная депрессия. Ни у одной

пациентки не наблюдалось тяжелой респираторной депрессии. Средний интервал от введения Морфина до первого эпизода дыхательной депрессии составлял 3,2 часа (IQR 2,1-5,5). Общее количество пациентов с легкой респираторной депрессией в час не снижалось до окончания исследования. Для дополнительного облегчения боли 13 пациенток получали Трамадол внутримышечно, но ни одна из них не нуждалась в дополнительных опиоидах и дополнительном кислороде или Налоксоне.

При однофакторном анализе выявлено, что в группе пациентов, у которых не наблюдалось угнетение дыхания, средний возраст был немного ниже (32,4 года против 34,5 года, $P = 0,04$). Между группами, которые испытывали или не испытывали угнетение дыхания, не было существенной разницы в индексе массы тела, гестационном сроке, интраоперационном объеме инфузионной терапии или использовании Трамадола или Дроперидола.

Обсуждение исследования

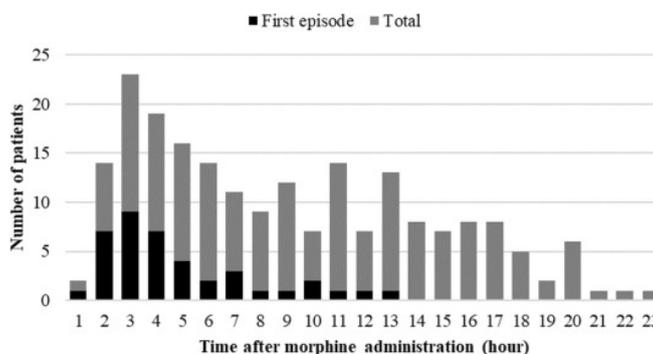
Важный вывод
данного исследования состоял в том, что легкая респираторная депрессия возникла у 52% здоровых молодых женщин, получавших 3 мг Морфина эпидурально в качестве анальгезии

после КС, тогда как умеренная депрессия наблюдалась только у одной женщины (1%). 85% пациенток испытали, по крайней мере, один эпизод брадикардии. Хотя в первом случае депрессия дыхания обычно возникала через несколько часов после эпидурального введения Морфина, самый поздний эпизод возник через 13 часов. Исторически сложилось так, что частота брадикардии после КС при введении Морфина эпидурально могла быть недооценена, потому что подсчитывалась вручную. Fuller et al., сообщили, что у 12 (0,25%) из 4880 пациенток наблюдалась частота дыхания <10 дых/мин после КС и доза

Морфина была в пределах 2-5 мг. Паласиос с соавт. сообщили, что ни у одной из 23 исследуемых ими женщин не наблюдалось снижения частоты дыхания до <12 дых/мин после введения 5 мг Морфина эпидурально. Частота брадикардии в проведенном авторами исследовании была значительно выше, чем в предыдущих докладах. Авторы объясняют это более тщательным мониторингом частоты дыхания и сатурации.

В проведенном исследовании авторы использовали систему контроля частоты дыхания Nellcor, которая включает в себя алгоритм дыхательной скорости (R_{oxi}), основанный на импульсной оксиметрии. Для определения точности этого метода была изучена корреляция между R_{oxi} и уровнем CO₂ в выдыхаемом воздухе (RRET_{CO2}) у здоровых добровольцев и у пациентов, находящихся в стационаре общего профиля. У здоровых людей средняя разница составляла 0,23 дых/мин со стандартным отклонением (SD) 1,14 дых/мин. У пациентов из стационара средняя разница составляла 0,48 дых/мин с SD 1,77 дых/мин. Эти данные показывают, что

алгоритм R_{oxi} является потенциально жизнеспособным методом непрерывного мониторинга частоты дыхания. Несмотря на высокую частоту брадикардии, ни одной пациентке в этом



исследовании не потребовалась дополнительная помощь, возможно, потому что акушеркам было позволено стимулировать пациенток глубоко дышать при длительном SpO₂ $\leq 95\%$. Только у одной женщины развилась умеренная респираторная депрессия. Тяжелых же депрессий дыхания не было вообще.

Не существует стандартного определения респираторной депрессии. Во время исследования пациенток после КС использовались различные методы непрерывного мониторинга, такие как

пульсоксиметрия или трансдермальное измерение уровня CO₂.

Ledha et al. определяли респираторную депрессию как SpO₂ ≤90% и обнаружили такую частоту только у 23% пациенток, которые получили 150 мкг Морфина интратекально.

Bauchat et al. выявляли респираторную депрессию с помощью трансдермального определения CO₂>50 мм рт.ст., и в их исследовании частота составила 32% среди пациенток, которые получили 150 мкг Морфина интратекально. Dalchow et al. определяли респираторную депрессию как SpO₂ ≤90% и/или трансдермальный уровень CO₂>52 мм рт.ст. длительностью более двух минут и выявили частоту 17,8% у пациенток, которые получили 300 мкг Диаморфина интратекально. В исследовании авторов определение респираторной депрессии включало как брадипноэ, так и десатурацию. Они предполагали, что данное определение позволило бы провести раннее вмешательство для предотвращения гипоксических осложнений в клинических условиях.

Существует вероятность ложноположительных результатов с использованием этого определения. Однако мы рассмотрели возможность уменьшения ложноотрицательных результатов, более клинически полезных из-за важности раннего выявления угнетения дыхания. В результате нашего строгого определения понятия «респираторная депрессия», в данном исследовании частота развития этой депрессии была выше, чем в предыдущих отчетах. Если же рассматривать только умеренную десатурацию, то частота ее составила 12% в нашем исследовании и 23% в исследовании, проведенном Ledha et al. Это определение способствует раннему выявлению легкого угнетения дыхания и стимуляции пациенток.

С момента введения в клиническую практику в 1979 году использования Морфина нейроаксиально, часовое наблюдение за частотой дыхания было признано «абсолютно неприемлемым». Хотя мониторинг частоты дыхания рекомендуется ASA, периодическая

проверка медсестрой подвержена ошибкам и не является эффективным методом в клинической практике. Вычисление частоты дыхания с помощью импульсной оксиметрии позволяет проводить непрерывный мониторинг с использованием одного неинвазивного датчика и может обеспечить более безопасное и удобное послеоперационное наблюдение, как для пациенток, так и для акушеров.

Результаты этого исследования должны интерпретироваться в контексте ограничений исследования. Во-первых, это не слепое рандомизированное исследование. По этическим соображениям было невозможно включить в исследование плацебо-контролируемую контрольную группу, поэтому не ясно, насколько степень брадипноэ была связана с эпидуральным введением Морфина. Женщины, которые получают меньшую дозу Морфина или вообще не получают Морфин, могут по-прежнему быть подвержены брадипноэ, используя наше определение. В связи с этим, необходимы дальнейшие исследования. Во-вторых, несмотря на то, что мы исключили пациенток, которые сообщили об обструктивном апноэ во сне, фактическая распространенность этого расстройства в нашей популяции и ее влияние на наши результаты, неизвестна. Данные об уровне сознания в момент возникновения респираторной депрессии могли бы быть полезными в качестве триггерного фактора.

Заключение

Пятьдесят два процента женщин, получивших 3 мг Морфина эпидурально для послеоперационного обезболивания после плановой КС, испытывали легкую респираторную депрессию, и только у 1% развилась умеренная депрессия. Брадипноэ возникло у 85% женщин. Непрерывный мониторинг, как частоты дыхания, так и сатурации в течение 24 часов после КС, может способствовать раннему выявлению угнетения дыхания после нейроаксиального введения Морфина.

Terada, S. et al. Incidence of respiratory depression after epidural administration of morphine for cesarean delivery: findings using a continuous

respiratory rate monitoring system. *International Journal of Obstetric Anesthesia*. Published online: October 26, 2018



Generium
Pharmaceutical



*Рекомбинантные
технологии
для полноценной жизни*

Коагил-VII

Эптаког альфа (активированный)

Регистрационный номер: ЛСР-010225/09 от 15.12.2009. Торговое название препарата: Коагил-VII. МНН: эптаког альфа (активированный). Лекарственная форма: лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения.

1 ФЛАКОН С ПРЕПАРАТОМ СОДЕРЖИТ, мг:

Эптаког альфа (активированный)	1,20 (60 КЕД/ 60 тыс. МЕ)	2,40 (120 КЕД/ 120 тыс. МЕ)	4,80 (240 КЕД/ 240 тыс. МЕ)
натрия хлорид (Eur. Ph.)	5,84	11,68	23,36
кальция хлорида дигидрат (Eur. Ph.)	2,94	5,88	11,76
глицилглицин (Eur. Ph.)	2,64	5,28	10,56
полисорбат-80 (Eur. Ph.)	0,14	0,28	0,56
маннитол (Eur. Ph.)	60,00	120,00	240,00

1 КЕД соответствует 1000 МЕ. Растворитель — вода для инъекций. 1 мл приготовленного раствора содержит эптаког альфа (активированный) — 0,6 мг. Фармакотерапевтическая группа: гемостатическое средство. Код АТХ: B02BD08.

Показания к применению:

Для остановки кровотечений и профилактики их развития при проведении хирургических вмешательств и инвазивных процедур у пациентов с гемофилией (наследственной или приобретенной) с высоким титром ингибитора к факторам свертывания крови VIII или IX; врожденным дефицитом фактора свертывания крови VII; тромбастенией Гланцмана при наличии антител к гликопротеинам IIb-IIIa и рефрактерностью (в настоящем или прошлом) к трансфузиям тромбоцитарной массы.

Противопоказания:

Повышенная чувствительность к белкам мышей, хомячков или коров, а также к активному компоненту препарата и вспомогательным веществам.

ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ БОЛЕЕ ПОДРОБНОЙ ИНФОРМАЦИИ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА. МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Производитель: АО «ГЕНЕРИУМ», Россия
Держатель РУ: АО «Эс Джи Биотех», Россия

Все претензии по качеству и/или нежелательным явлениям на территории РФ отправлять по адресу: АО «Эс Джи Биотех», Российская Федерация, 601125, Владимирская область, Петушинский район, пос. Волыгинский, ул. Владимирская, д.18, офис 26, тел. +7 (49243) 7-31-15, email: pv@sgbiotech.ru

Ведение послеродового кровотечения: от исследований к практике. Обзор литературы и опыта (Кардифф, Уэльс) - комментарий эксперта



Буланов Андрей Юльевич – доктор медицинских наук, старший научный сотрудник ФГБУ Гематологический научный центр МЗ РФ, отдел анестезиологии и реаниматологии.

Дорогие коллеги!

В прошлом номере мы внимательно прочитали (а если еще нет – призываю вас сделать это немедленно!) прекрасный обзор на не перестающую быть актуальной тему послеродовых кровотечений. Надо признать, что ничего принципиального нового там нет. Так, еще в начале двухтысячных была четко очерчена иерархия гемостазиологических проблем при массивных кровотечениях: сначала потребление (фибриногена и тромбоцитов – именно они непосредственно формируют тромб и от этого страдают), затем гиперфибринолиз, и лишь потом ДВС-синдром с множественным дефицитом факторов свертывания (S. Kozek-Langenecker, 2005).

Ценность работы в четкой расстановке акцентов! И, пожалуй, основной из них, пристальное внимание к фибриногену. Фибриноген, I (первый!) фактор свертывания крови – важный объект лабораторного и трансфузиологического внимания при акушерских кровотечениях. Небольшое патофизиологическое напоминание: являясь предшественником фибрина, фибриноген дает уникальный материал для непосредственного формирования тромба. В процессе тромбообразования у фибриногена нет альтернативы. Всевозможные гемостазиологические «шунты» возможны выше по путям свертывания, фибриногену же свалить ответственность не на кого. Дефицит фибриногена в результате состоявшегося кровотечения является одним из патофизиологических механизмов так называемой постгеморрагической коагулопатии.

Для оценки эффективности фибриногена, как функциональной единицы системы свертывания существует два надежных варианта тестов. Это оценка содержания фибриногена по методу Клауса и специальный тромбоэластографический тест (functional fibrinogen в ТЭГ и fibtem в технологии РОТЕМ). ТЭГ-методики более достоверны при наличии дисфибриногемии.

Триггером для заместительной терапии в акушерской практике является снижение фибриногена менее 2,0 г/л. Здесь уместна важная ремарка об особом подходе к указанному трансфузионному триггеру именно в акушерстве. Если в широкой клинической практике важное условие для определения показаний к трансфузии компонентов крови, корректирующих свертывание, наличие геморрагического синдрома, в акушерстве содержание фибриногена должно соответствовать достойному уровню всегда, даже если послеродовое кровотечение уже остановлено или родоразрешение еще только предстоит.

Где взять фибриноген для трансфузии? В нашей стране для этой цели доступен только криопреципитат, так как концентрат фибриногена в России не зарегистрирован. Но данный факт не следует воспринимать как признак отсталости. И, в ряде других стран, причем с развитым здравоохранением и доступными препаратами факторов свертывания предпочтение при лечении кровотечений отдается крио. Одна из причин этого – наличие в данном компоненте крови и других факторов, в частности XIII фактора, так же важного для тромбообразования.

Было бы очень хорошо, если бы крио был вирусинактивированным. Пулированный компонент еще бы и упростил жизнь клиницистам. Принципиально важно, на самом деле, чтобы криопреципитат был! Везде, где есть риск столкнуться с акушерским (да, и не только) кровотечением. В любое время дня и ночи. И в достаточном количестве.

Спасибо авторам за эти и другие важные напоминания!



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»
(ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО)
пр. Ильича, 16, г. Донецк, 283003, тел.: (062) 344-41-51, факс: (062) 344-40-01
E-mail: contact@dnmu.ru Идентификационный код 02010698

30.11.2018 № 543/13-2/1-1-38 Ассоциации ААР
Га № _____ от _____

Уважаемые коллеги!

Руководство ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО выражает глубокую благодарность Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов Российской Федерации и лично Президенту ассоциации, профессору Шифману Ефиму Муновичу, за предоставление информационного материала: «Анестезия, интенсивная терапия и реанимация в акушерстве и гинекологии».

Клинические рекомендации, протоколы лечения разделов: акушерской анестезиологии, интенсивной терапии и реанимации; акушерства-гинекологии и неонатологии будут использоваться на профильных кафедрах факультета последипломной подготовки для обучения врачей-интернов и врачей-курсантов.

Кроме того, в педагогический процесс внедряются материалы монографий профессора Шифмана Е.М. и материалы школ-семинаров, проводимых Ассоциацией акушерских анестезиологов Российской Федерации.

Дальнейшее сотрудничество ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М. ГОРЬКОГО и Ассоциации акушерских анестезиологов Российской Федерации будет способствовать поддержанию высокого профессионального уровня врачей Донецкой Народной Республики.

С уважением,
ректор, член-корреспондент НАМНУ,
ЗДНТУ, д.м.н., профессор



Г.А. Игнатенко

Уважаемые читатели, обращаем Ваше внимание, что 28 Декабря 2018 года вышли новые клинические рекомендации по ведению «Истмико-цервикальной

недостаточности». Рекомендации были написаны при участии АААР и в них имеется важный для анестезиологического сообщества раздел, посвященные анестезии при выполнении серкляжа.

Вашему вниманию предлагается ознакомиться с его особенностями.

Нейроаксиальная (спинальная или эпидуральная) анестезия

- При клинической необходимости возможны внутривенное введение растворов, вазопрессорных средств, минимальных доз седативных препаратов, а также подача увлажнённого кислорода.
- При сроке беременности более 18–20 нед желательно смещение матки влево.
- Показан мониторинг ЧСС плода:
 - ◆ при сроке беременности менее 24 нед — контроль ЧСС до и после процедуры;
 - ◆ при сроке беременности более 24 нед — контроль ЧСС во время и после процедуры.
- **Спинальная анестезия:** одна инъекция спинальной иглой малого диаметра — лидокаин 40 мг или бупивакаин 7,5–10 мг для получения сенсорной блокады с Th₁₀ до S₄. Альтернатива — малые дозы бупивакина гипербарического (5,25–7 мг). Если для экстренного серкляжа пациентку уложили в положение Тренделенбурга, следует **избегать** гипербарических растворов местных анестетиков.
- **Эпидуральная анестезия:** пошаговое введение в канал через эпидуральную иглу и катетер растворов местных анестетиков для достижения блока с Th₁₀ до S₄. Альтернатива — комбинированная спинально-эпидуральная анестезия⁷⁷.

Общая анестезия (наркоз)

Метод показан при сглаженной ШМ, пролабировании плодных оболочек и **потребности в релаксации миометрия**, поскольку ингаляционные анестетики способствуют расслаблению мускулатуры матки⁷⁸. Также общий наркоз применяют при **противопоказаниях** к нейроаксиальной анестезии.

- Индукционный наркоз: тиопентал, мидазолам, опиоиды (например, фентанил внутривенно) и ингаляционные анестетики⁷⁹.
- У пациенток с наполненным желудком или при сроке беременности более 18–20 нед предпочтительно выполнять интубацию трахеи; в остальных случаях приемлема вентиляция через лицевую или ларингеальную маску.
- Поддерживающий наркоз: ингаляционные или внутривенные анестетики, наркотические анальгетики (ингаляционные анестетики в случае необходимости способствуют релаксации матки).
- Необходимо избегать чрезмерного внутрибрюшного и внутриматочного давления (например, кашель во время индукции, реакция на установку интубационной трубки, рвота, чрезмерное сгибание при выполнении нейроаксиальной анестезии).

Полную версию клинических рекомендаций вы можете скачать по [ссылке](#)



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН

О внесении изменений в статью 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам клинических рекомендаций

Принят Государственной Думой

19 декабря 2018 года

Одобен Советом Федерации

21 декабря 2018 года

Президент России Владимир Путин 25 декабря подписал №489-ФЗ, в соответствии с которым с 1 января 2019 года при создании стандартов и критериев качества оказания медпомощи в обязательном порядке должны учитываться клинические рекомендации. К 2022 году профессиональное сообщество и Минздрав должны обновить и разработать с нуля клинические рекомендации по каждой нозологии. Клинические рекомендации, согласно принятому закону, содержат «основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации», а также протоколы лечения пациента и «варианты применения медицинского вмешательства».

Клинические рекомендации разрабатываются медицинскими профессиональными некоммерческими организациями по отдельным заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) с указанием медицинских услуг, предусмотренных номенклатурой. Перечень таких заболеваний составляет Минздрав. Также в законе прописана необходимость создания научно-практического совета, на который возложены обязанности рассматривать и одобрять клинические рекомендации. В него войдут представители научных организаций, вузов, медицинских учреждений.

Хотя законопроект поправок к ФЗ №323 «Об охране здоровья» был представлен еще в мае 2018 года, продвижение в Госдуме он получил только к декабрю. Второе и третье чтения прошли друг за другом (18 и 19 декабря). Вскоре законопроект одобрил и Совет Федерации.

Полную версию федерального закона вы можете скачать по [ссылке](#)

Влияет ли обезболивание родов на развитие послеродовой депрессии?

ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2018, том 17, №5, с. 50–55
Gynecology, Obstetrics and Perinatology, 2018, volume 17, No 5, p. 50–55

DOI: 10.20953/1726-1678-2018-5-50-55

Влияет ли обезболивание родов на развитие послеродовой депрессии?

О.В.Рязанова¹, Ю.С.Александрович¹, К.А.Петрова¹, А.Иоскович²

¹Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Российская Федерация;

²Медицинский центр «Шаарей Цедек», Еврейский университет, Иерусалим, Израиль

Цель. Изучение влияния обезболивания родов с применением эпидуральной анальгезии при родоразрешении через естественные родовые пути на частоту развития послеродовой депрессии.

Пациенты и методы. Исследованы 210 родильниц. В первой группе с целью обезболивания родов применяли пациент-контролируемую эпидуральную анальгезию на фоне непрерывной инфузии, в качестве местного анестетика использовали 0,08%-й раствор ропивакаина гидрохлорида. Во второй группе обезболивание не применяли. Оценку развития депрессии проводили по Эдинбургской шкале: до родов, через 6 ч, 3 суток и 6 нед после родов.

Результаты. Через 6 нед после родов у 4,7% женщин, получивших эпидуральную анальгезию, выявлена депрессия, как и у 6,8% родоразрешенных без обезболивания, что было статистически не значимо ($p > 0,05$). При этом у женщин, получивших эпидуральную анальгезию при родоразрешении, был значимо менее выраженный болевой синдром и более низкий уровень перенесенного стресса по сравнению с пациентками, родившими без обезболивания.

Заключение. Применение эпидуральной анальгезии приводит к значительному снижению интенсивности болевого синдрома и стрессовой реакции во время родоразрешения через естественные родовые пути, но существенно не влияет на частоту развития послеродовой депрессии.

Ключевые слова: бэби-блюз, кортизол, послеродовая депрессия, родоразрешение через естественные родовые пути, стресс, эпидуральная анальгезия

Для цитирования: Рязанова О.В., Александрович Ю.С., Петрова К.А., Иоскович А. Влияет ли обезболивание родов на развитие послеродовой депрессии? Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2018; 17(5): 50–55. DOI: 10.20953/1726-1678-2018-5-50-55

Does pain relief in labour influence the development of postpartum depression?

O.V.Riazanova¹, Yu.S.Aleksandrovich¹, K.A.Petrova¹, A.Ioscovich²

¹Saint Petersburg State Paediatric Medical University, St.Petersburg, Russian Federation;

²Shaare Zedek Medical Center, Hebrew University, Jerusalem, Israel

The objective. A study of the impact of pain relief during labour with the use of epidural analgesia in vaginal childbirth on the frequency of the development of postpartum depression.

Patients and methods. We studied 210 parturient women. In the first group, labour pain relief was performed by administering patient-controlled epidural analgesia with background continuous infusion, 0.08% solution of ropivacaine hydrochloride was used as a local anaesthetic. In the second group, no pain relief was administered. The development of depression was assessed according to the Edinburgh scale before labour, 6 hours, 3 days and 6 weeks after childbirth.

Results. 6 wks after childbirth depression was found in 4.7% of women who received epidural analgesia and in 6.8% of women who did not receive pain relief, which was statistically insignificant ($p > 0.05$). In women who received epidural analgesia during labour pain syndrome was significantly less severe and the stress level was lower as compared with women who gave birth without pain relief.

Conclusion. The use of epidural analgesia results in a considerable decrease of pain syndrome and stress response but does not have a significant effect on the development of postpartum depression.

Key words: baby blues, cortisol, postpartum depression, vaginal delivery, stress, epidural analgesia

For citation: Riazanova O.V., Aleksandrovich Yu.S., Petrova K.A., Ioscovich A.M. Does pain relief in labour influence the development of postpartum depression? Vopr. ginekol. akus. perinatol. (Gynecology, Obstetrics and Perinatology). 2018; 17(5): 50–55. (In Russian). DOI: 10.20953/1726-1678-2018-5-50-55

Для корреспонденции:

Рязанова Оксана Владимировна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета

Адрес: 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

Телефон: (812) 416-5225

E-mail: oksanaryazanova@mail.ru

Статья поступила 20.08.2018 г., принята к печати 18.10.2018 г.

For correspondence:

Oksana V. Riazanova, MD, PhD, associate professor at the department of anaesthesiology, resuscitation and paediatric emergency medicine, Saint Petersburg State Paediatric Medical University

Address: 2 Litovskaja str., St. Petersburg, 194100, Russian Federation

Phone: (812) 416-5225

E-mail: oksanaryazanova@mail.ru

The article was received 20.08.2018, accepted for publication 18.10.2018

С полной версией статьи вы можете ознакомиться на [сайте журнала](#)

Анестезиология 21 века: наша наука – это наше достояние!

Новый год для канадского журнала анестезиологии начинается с очень интересной статьи! Всю переводить ее не буду, лишь самое начало, но советую почитать. Это не исследование и не обзор, это авторские мысли на тему «Анестезиология 21 века: наша наука — это наше достояние!».



Beverley A. Orser пишет в своей авторской статье:

Моя цель поговорить сегодня с вами - напомнить всем нам, что мы несем ответственность за продвижение этого богатого наследия (науки). Да, давайте вернемся к нашей истории и достижениям, но давайте также внимательно поразмыслим о том, что значит быть анестезиологом сегодня, в XXI веке. Моя ключевая идея заключается в том, что мы будем лучше оказывать помощь не только нашим пациентам, но и расти как профессионалы, опираясь на науку и инновации.

Эти слова - наука и инновации, иногда вызывают в воображении образы пробирок, математических уравнений и лабораторных животных. Но сегодня мы более широко говорим о новых методах и больших идеях, новых процессах и лекарствах, которые оказывают положительное влияние. Я расскажу об этом сообщении на трех исторических, а затем на двух современных примерах. У трех исторических примеров открытий есть что-то общее: изначально они казались лишь маленькими победами, которые оказывали локальное влияние.

Этот сценарий, вероятно, покажется вам знакомым - все мы иногда чувствуем, что наши открытия маленькие. Но что я надеюсь показать, рассказывая эти истории, так это то, что даже небольшие локальные открытия могут стать международной победой. Открытие создает волновой эффект, который со временем может изменить тактику лечения пациентов, нашу профессию и даже историю. Поэтому я призываю вас праздновать свои собственные маленькие победы, потому что так начинается каждое важное открытие.

Роненсон А.М.

От себя лично я бы хотел добавить, не бойтесь изучать что-то новое, в рамках разрешенного законодательством и клиническими рекомендациями. Продвигайте науку, пользуясь не только ее плодами, но и внося свою лепту в ее развитие! Ассоциация ААР всегда готова помочь Вам в исследованиях, [пишите](#) в редакцию журнала, и мы поможем Вам провести научное исследование!



Уважаемые читатели журнала!!!

Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов объявляет конкурс!

Проявив ваши знания и смекалку, вы сможете выиграть пригласительный билет на **ВТОРОЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС ПО АКУШЕРСКОЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ. ПАМЯТИ ДЖЕЙМСА ЯНГА СИМПСОНА. III ПЛЕНУМ ПРАВЛЕНИЯ АССОЦИАЦИИ АКУШЕРСКИХ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ**, который состоится 21-23 сентября 2019 года в г.Москве!

Участие в конкурсе бесплатное, для победы вам всего лишь необходимо максимально быстро и правильно ответить на три вопроса, опубликованные в «Вестнике акушерской анестезиологии»!

Шанс выиграть будет не один, в каждом выпуске, мы будем публиковать очередные вопросы!

Победителя определит редакционная коллегия Вестника по двум критериям:

1. Максимально верный ответ на вопросы с точки зрения экспертов;
2. Скорость ответа.

Свои варианты ответов Вы можете присылать на почту Вестника oad@arfpoint.ru



Результаты конкурса на вопросы, опубликованные в Ноябрьском номере Вестника!

Победителем стал **Павлютина Карина Михайловна!**
Врач анестезиолог-реаниматолог ГБУЗ МО «Видновский перинатальный центр».

Поздравляем Карину Михайловну с правильными ответами и получением именного приглашения на **ВТОРОЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС ПО АКУШЕРСКОЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ. ПАМЯТИ ДЖЕЙМСА ЯНГА СИМПСОНА.**

III ПЛЕНУМ ПРАВЛЕНИЯ АССОЦИАЦИИ АКУШЕРСКИХ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-

РЕАНИМАТОЛОГОВ, который состоится 21-23 сентября 2019 года в г. Москве



Приглашение

Уважаемая Карина Михайловна


WWW.ARFPPOINT.RU

Приглашаем Вас принять участие
во II Международном Конгрессе по акушерской анестезиологии. Памяти Джеймса Янга Симпсона.
III Пленуме Правления Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов.
Мероприятие состоится 21–23 сентября 2019 года
по адресу: г. Москва, Кутузовский проспект, 2/1, стр.1
Гостиница «Рэдиссон Ройал»
Будем искренне рады Вашему участию!

Вопрос...

28-ти летняя роженица, беременность вторая, 39 недель, роды предстоят вторые. Рост 165 см, вес 78 кг. В анамнезе: кесарево сечение 4 года назад в связи с острой гипоксией плода в родах, в условиях общей анестезии, без особенностей. Поступила в родильный дом с жалобами на боли в области рубца, которые начались час назад. При влагалищном исследовании шейка матки сглажена, открытие 3 см.

Пациента доставлена в операционную. АД = 125/73 мм рт.ст., ЧСС = 86 уд/мин.

Установлен периферический венозный катетер 18G в капитальную вену, проведена преинфузия раствором Рингера 500 мл, выполнена спинальная анестезия. Начата постинфузия раствором Рингера 500 мл. Через 3 минуты после спинальной анестезии пациентка предъявляет жалобы на слабость, тошноту, АД = 93/43 мм рт.ст., ЧСС = 92 уд/мин.

Через 15 минут после выполнения спинальной анестезии уровень сенсорного блока отмечается на уровне выше пупка на 2 см.

- I. Нефармакологические методы профилактики артериальной гипотонии?
- II. Фармакологические методы профилактики артериальной гипотонии?
- III. Препараты выбора для коррекции артериальной гипотонии, вызванной спинальной анестезией?
- IV. Какое артериальное давление следует поддерживать пациентки с тяжелой преэклампсией во время операции, если артериальное давление до операции 162/112 мм рт.ст.?
- V. Ваши действия при уровне сенсорного блока на 2 см выше пупка, через 15 минут после выполнения спинальной анестезии?



Москва 21-23 сентября 2019

Второй международный конгресс по акушерской анестезиологии.

Памяти Джеймса Янга Симпсона.

III Пленум Правления Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов.





Москва

21-23 сентября

2019

Второй международный Конгресс
по акушерской анестезиологии.
Памяти Джеймса Янга Симпсона

III Пленум Правления
Ассоциации акушерских
анестезиологов-реаниматологов

Место проведения:
121248, Россия, Москва,
Кутузовский проспект, 2/1, стр. 1

WWW.ARFPOINT.RU

Всероссийский образовательный форум **2019**

«Теория и практика анестезии и интенсивной терапии: мультидисциплинарный подход»

