



WWW.ARFPPOINT.RU

Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов  
Obstetrical Anesthesiologists Intensivists Association

online журнал

Вестник акушерской анестезиологии

№10(24)

2019

online journal **Obstetric Anesthesia Digest**

Октябрь



Moscow  
21-23 September 2019

Москва  
21-23 сентября, 2019

III ПЛЕНУМ ПРАВЛЕНИЯ  
АССОЦИАЦИИ АКУШЕРСКИХ  
АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ.

**ВТОРОЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ  
КОНГРЕСС ПО АКУШЕРСКОЙ  
АНЕСТЕЗИОЛОГИИ. ПАМЯТИ  
ДЖЕЙМСА ЯНГА СИМПСОНА.**

SECOND INTERNATIONAL CONGRESS  
OF OBSTETRIC ANAESTHESIOLOGY.  
IN MEMORY OF JAMES YOUNG SIMPSON.

THIRD PLENUM OF THE BOARD  
OF RUSSIAN OBSTETRICAL ANAESTHESIOLOGY  
AND INTENSIVISTS ASSOCIATION.



ARFPPOINT.RU

№10(24) Октябрь 2019

№10(24) October 2019

Вестник акушерской анестезиологии

Obstetric anesthesia digest



online журнал

Вестник акушерской анестезиологии

№10(24)

2019

online journal **Obstetric Anesthesia Digest** Октябрь

**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, к.м.н. (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)*

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

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

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

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

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

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

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

*A.Z. Bayaliev, 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)*

**Proofreader:** *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.



Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов  
Obstetrical Anesthesiologists Intensivists Association

online журнал

**Вестник акушерской анестезиологии**

№10(24)

**2019**

online journal **Obstetric Anesthesia Digest** Октябрь

## С о д е р ж а н и е

Статья

Стр.

Отчет о Втором международном Конгрессе по акушерской анестезиологии.

5

Памяти Джеймса Янга Симпсона

## ***Редакторская колонка***

*Прошло больше месяца после проведения Второго международного Конгресса по акушерской анестезиологии памяти Джеймса Янга Симпсона, третьего пленума правления Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов. Конгресс вызвал множество положительных отзывов как у участников, приехавших из многих регионов России, так и у докладчиков из разных стран.*

*Мы решили освежить ваши воспоминания и уделить внимание основным докладам Конгресса.*

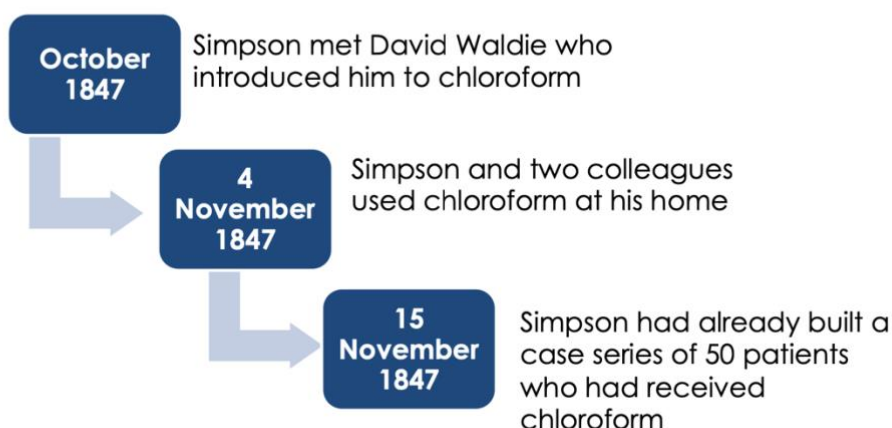
*Научный редактор журнала «Вестник акушерской анестезиологии»*

*А. М. Роненсон*

## Первый день

После приветственного слова президента Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов Ефима Муневича Шифмана выступила секретарь Ассоциации акушерских анестезиологов Великобритании, редактор Международного журнала акушерской анестезиологии ИЮА Нуала Лукас с докладом о легендарном Джеймсе Янге Симпсоне, о его неограниченном вкладе в акушерскую анестезиологию. Очень было интересно услышать именно из уст англичанки про этого известного шотландского акушера-гинеколога, который впервые в 1847 году использовал хлороформ для обезболивания родов.

## The first obstetric anaesthetist?



Весь первый блок был посвящен материнской смертности, осложнениям и нашим возможностям улучшить показатели статистики.

Нуала Лукас выступила еще с одной лекцией об особенностях ведения пациенток с преэклампсией и осложнениях, которые могут возникнуть у рожениц с данной

### Clinical features

<p><b>RS</b> Dyspnoea Pulmonary oedema <b>Laryngeal oedema</b> <b>Difficult intubation</b></p> <p><b>Hepatic</b> ↑ liver enzymes Periportal oedema Epigastric pain Subcapsular haemorrhage</p> <p><b>Haematological</b> <b>Thrombocytopenia</b> Haemolysis Fibrinolysis</p>	<p><b>CNS</b> Seizures/eclampsia Headache Visual disturbances Papilloedema Clonus/hyperreflexia</p> <p><b>CVS</b> Hypertension <b>Pulmonary oedema</b></p> <p><b>GU</b> Proteinuria ↑ creatinine / urea ↑ urate ↓ GFR Acute renal failure</p>
---	---

ВТОРОЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС ПО АКУШЕРСКОЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ, ПАМЯТИ АЖЕНЬЕСА ВНЕА СИМПСОНА. SECOND INTERNATIONAL CONGRESS OF OBSTETRIC ANAESTHESIOLOGY IN MEMORY OF JAMES YOUNG SIMPSON.

патологией. В основном, тактика и методы лечения совпадали с российскими национальными рекомендациями – как в терапии, так и в особенностях анестезии. Было еще раз упомянуто, что очень важен контроль систолического артериального давления по сравнению с диастолическим. По статистике, большинство случаев с

## Systolic BP – preventing stroke

Stroke and Severe Preeclampsia and Eclampsia: A Paradigm Shift Focusing on Systolic Blood Pressure

James N. Martin Jr, MD, Brad D. Thigpen, DO, Robert C. Moore, MD, Carl H. Rose, MD, Julie Cushman, RN, and Warren May, PhD

Obstet & Gynecol, 2005

	Pre-stroke
Systolic BP >160	95.8 (n=24)
Diastolic BP > 110	12.5 (n=3)



инсультами были на систолическом давлении выше 160 мм рт. ст. по сравнению с диастолическим больше 110 мм рт. ст.

Важен также контроль уровня тромбоцитов, так как их снижение при тяжелой преэклампсии может происходить внезапно и до критических значений, что обуславливает выбор дальнейшей тактики анестезии во время родоразрешения.

Ряд докладов был посвящен проведению общей анестезии при операции кесарева сечения, ее особенностям и тонкостям. Новым методам индукции и преоксигенации, которые могут улучшить исходы. В частности, обсуждался вопрос применения комбинации рокурония и сугаммадекса.

III ПЛЕНУМ ПРАВЛЕНИЯ АССОЦИАЦИИ АКУШЕРСКИХ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ. ВТОРОЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС ПО АКУШЕРСКОЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ. ПАМЯТИ ДЖЕЙМСА ЯНГА СИМПСОНА.

SECOND INTERNATIONAL CONGRESS OF OBSTETRIC ANAESTHESIOLOGY. IN MEMORY OF JAMES YOUNG SIMPSON. THIRD PLENUM OF THE BOARD OF RUSSIAN OBSTETRICAL ANESTHESIOLOGISTS AND INTENSIVISTS ASSOCIATION.

**Conclusion**

Rocuronium 1- 1.2mg/kg reversed by Sugammadex 2-4 mg/kg appears to be effective in general obstetric population and very important in specific cases.

www.arfpoint.ru

Moscow  
21-23 September 2019

www.plenum2019.arfpoint.ru

Москва  
21-23 сентября, 2019

# ИСПЫТАЙТЕ ЭФФЕКТ БРАЙДАНА

Меня представления  
об управлении нейромышечным блоком



**БРАЙДАН®** обеспечивает **предсказуемое, полное и быстрое** восстановление  
нейромышечной проводимости из блока любой глубины\*<sup>1,2</sup>  
**БРАЙДАН®** показан для устранения нейромышечного блока, вызванного рокурнием<sup>3</sup>

1. Hobair M, Eriksson J, Scholz J, et al. Eur J Anaesthesiol. 2010;27(12):874-881.
  2. Jones RK, Caldwell JE, Bruil SL, et al. Anesthesiology. 2006;104(5):816-824.
  3. Инструкция по медицинскому применению препарата Брайдан®, регистрационный номер ЛСР-003970/10
- \* Глубокий блок (коэффициент сокращения второго сигнала (Q2) или глубины блока (I-2) постепенно снижается от 100% до 0%)

## Краткая информация по применению препарата

### Брайдан® (сугаммадекс)

**Противопоказания:** Повышенная чувствительность к любому из компонентов препарата (см. раздел «Состав»). Дети до 2 лет. Тяжелые нарушения функции почек (клиренс креатинина < 30 мл/мин) и/или печени.

**С осторожностью:** Применять препарат Брайдан® у беременных женщин, у женщин в период кормления грудью, а так же у пациентов с миастенией у пациентов, получающих терпеновые антикоагулянты или доксициклин/тетрациклин.

**Особые указания:** В обычной анестезиологической практике при использовании карбоксид-содержащих интубационных трубок, рекомендуется наблюдение за пациентами в послеоперационный период на предмет развития неблагоприятных эффектов, включая повторную нейромышечную блокаду.

**Побочные действия:** Наиболее распространенной нежелательной реакцией в группе здоровых добровольцев была диспнея (10%). Частота возобновления нейромышечной блокады, которая оценивалась по способности к нейромышечной проводимости или клиническим данным, составила 0,2%. Реакции гиперчувствительности (анафилактические) проявлялись реакцией гиперчувствительности-высшего порядка.

от воспаленных тканей до серьезных системных реакций (т.е. анафилактика, анафилактический шок) и спазмов у пациентов, которые ранее не получали сугаммадекс. В ходе клинических исследований у пациентов, подвергавшихся хирургическому лечению, указанные реакции встречались редко, и данные о частоте развития побочных реакций после выхода препарата на рынок отсутствуют. Возможно развитие бронхоспазма у пациентов с бронхо-легочными заболеваниями и астматиками.

**Лекарственные взаимодействия:** Не ожидается клинически значимого фармакодинамического взаимодействия сугаммадекса с другими лекарственными средствами, за исключением клинически значимого фармакодинамического взаимодействия с лекарственными средствами для периферии и фундиальной венозы не исключаются взаимодействия по типу вытеснения (клинически значимые взаимодействия по типу вытеснения не ожидаются); для горизонтальных контрадицепции не исключается возможность взаимодействия по типу вытеснения (клинически значимые взаимодействия по типу вытеснения не ожидаются).

Регистрационный номер: ЛСР-003970/10 - 181204. Указание отечественного производителя.

Перед назначением/применением любых препаратов, упоминающихся в данном материале, пожалуйста, ознакомьтесь с полными инструкциями по медицинскому применению, предоставляемыми производителями. Компания MSD не рекомендует применять препараты компании способами, отличными от описанных в инструкциях по применению.



Адрес: ООО «МСД Фармасьютикэлс»,  
Россия, 119021, г. Москва, ул. Тимура Фрунзе д. 11  
стр. 1, Тел: +7 495 916 71 00, Факс: +7 495 916 70 94,  
[www.msd.ru](http://www.msd.ru)

**Брайдан®**  
сугаммадекс

Без сомнения, такая комбинация является оптимальной, особенно в ситуации с прогнозируемыми трудными дыхательными путями. Однако цена сугаммадекса пока остается достаточно высокой для рутинного его использования в повседневной практике. Применение высокопоточной назальной оксигенации увлажненным кислородом кажется перспективным методом, однако требует проведения больших исследований в акушерской популяции для рутинного использования.

Доклад профессора из Индии Сунанды Гупта (основатель и президент Ассоциации акушерских анестезиологов Индии) был посвящен неудачной спинальной анестезии и особенностям дальнейшей тактики. Во многом тактика в России, согласно рекомендациям, совпадает с опытом наших коллег из Индии, однако у Европейских друзей она вызвала вопросы. Тем не менее все согласились, что неудачная спинальная анестезия и дальнейшая тактика зависят в основном от срочности операции кесарева сечения и времени возникновения болевого синдрома (до разреза или после, до извлечения или после него).

## Measures to Revive the block

### Before skin incision

- Slight head low position
- Left lateral position with head down
- Limited hip flexion
- Valsalva maneuver, coughing
- EVE with saline/LA

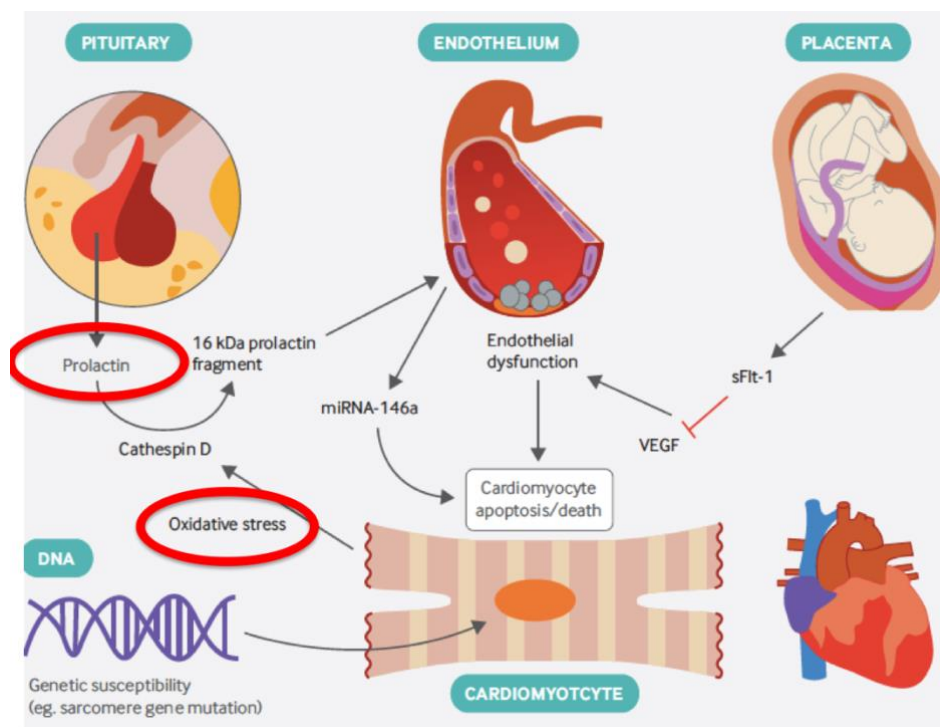
### After skin incision

- Systemic analgesia (Ketamine 0.2-0.4mg/kg, Fentanyl 10-20ug, O<sub>2</sub>+N<sub>2</sub>O)
- Wound infiltration
- GA
- Reassurance & Communication

Интересным с практической точки зрения было выступление автора нескольких книг и рекомендаций по регионарной анестезии Кармкара Манож (Общество регионарной анестезии Азии и Океании). Манож прочитал доклад об использовании ультразвука при оценке трудных дыхательных путей в акушерстве. Проведение этой простой процедуры рутинно всем роженицам с риском трудной интубации – необходимая мера. Поскольку идентификация перстнещитовидной мембраны с помощью УЗИ является быстрым и несложным методом, выполнение которого до начала анестезии уменьшает время обеспечения проходимости дыхательных путей в случае плана D – не могу интубировать, не могу вентилировать.



Заканчивался первый день выступлениями, посвященными ведению пациенток с сердечно-сосудистой патологией разного генеза. Вопросы, обсуждаемые в докладах, вызвали интересную дискуссию после. Ведь тактика ведения родоразрешения всегда становилась острым вопросом перед акушерами-гинекологами и анестезиологами. До сих пор нет убедительных доказательств, какой метод анестезии лучше – общий или нейроаксиальный. Поэтому, скорее всего, в каждом конкретном случае стоит собирать консилиум и обсуждать тактику ведения такой беременной, именно это является оптимальным решением. Консилиум должен включать в себя врачей различных специальностей: кардиологов, кардиохирургов, анестезиологов, реаниматологов, акушеров-гинекологов, неонатологов – именно такой мультидисциплинарный подход позволяет выбрать правильную тактику для конкретной пациентки с кардиомиопатией.



## Второй день

Второй день конгресса начался с потрясающего выступления канадского специалиста, в настоящее время работающего в Бостоне (США), Рональда Георга. Им было написано много работ, посвященных эпидуральной анальгезии в родах, а именно техники РІЕВ (программируемый периодический эпидуральный болюс). Эта техника выглядит очень перспективной, однако и она имеет свои нюансы. Пока еще нет убедительных доказательств преимущества РІЕВ по сравнению с другими техниками, данные показывают уменьшение объема местного анестетика, что экономически выгодно. Однако пока на этом явные преимущества заканчиваются. Остается очень много вопросов выбора оптимального временного интервала введения и объема анестетика, а также использования техники РІЕВ совместно с пациент-контролируемой эпидуральной анальгезией и ее режимов. Все это лишний раз демонстрирует многочисленные возможности видоизменения техники в будущем и отсутствие консенсуса между экспертами в этой области.

Потрясающий доклад профессора из Австралии Майкла Пича, посвященный лечению постпункционной головной боли (ППГБ) с точки зрения доказательной медицины, вызвал оживленную дискуссию. Существует множество способов лечения, от медикаментозных до инвазивных, и каждая методика имеет свою точку приложения.

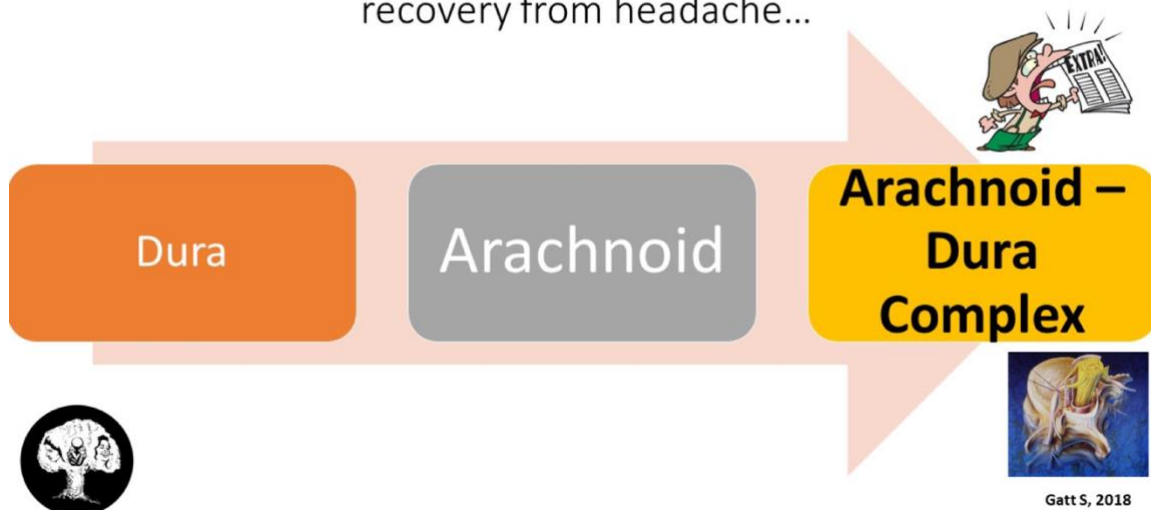


### Evidence supporting attempts at symptom relief

• Posture / bed rest	Cochrane review 2016	x
• Fluid therapy	Cochrane review 2016	x
• Caffeine	Small randomised trials (RCTs)	
• Triptans	Small RCTs	
• Aminophylline	Small RCTs	
• Gabapentinoids	Small RCTs	
• Hydrocortisone/oral steroids	Small non-ob RCTs	
• Neostigmine & atropine	Small RCT	
• Occipital nerve blocks; SPG blocks	Small RCT / observational series	
• Epidural saline/colloid	Small RCT / observational series	
• Acupuncture	Observational series	
• Opioids & other analgesics	Nil!	

Однако всегда надо помнить, что под клинической картиной ППГБ могут скрываться другие опасные патологии: субдуральная гематома, синус тромбоз. Поэтому для дифференцирования причины ППГБ, в случае сомнения, необходимо провести КТ головного мозга.

Conceptually, in PDPH  
for needle lesions – CSF leak repair  
recovery from headache...



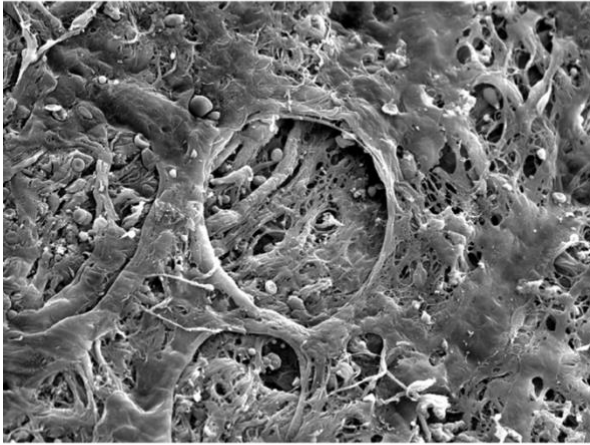
Продолжил тему ППГБ великолепный доклад Стефана Гатта, также профессора из Австралии, посвященный электронной микроскопии твердой мозговой оболочки (ТМО) с точки зрения морфологических аспектов причин возникновения ППГБ. Его яркая презентация с большим количеством графических изображений структуры ТМО позволила легко понять и осмыслить причины возникновения ППГБ и методы профилактики.

В заключение Стефан Гатт сделал несколько важных выводов:

- исследования с повреждением ТМО более толстыми иглами нельзя экстраполировать на результаты исследований с более тонкими иглами;
- различия в повреждениях, вызванных иглами меньшего диаметра разных типов, незначительны и клинически незначимы;
- выбор размера иглы остается важным фактором в профилактике возникновения ППГБ, но существует «минимальный» размер, при котором его дальнейшее снижение уменьшает вероятность развития ППГБ совсем мало или вообще без эффекта;
- иглы небольшого диаметра образуют отверстия между твердой мозговой и паутинной оболочкой, которое почти сразу же после удаления иглы закрывается;
- ориентация кончика иглы практически не влияет на повреждение, производимое иглами небольшого диаметра;

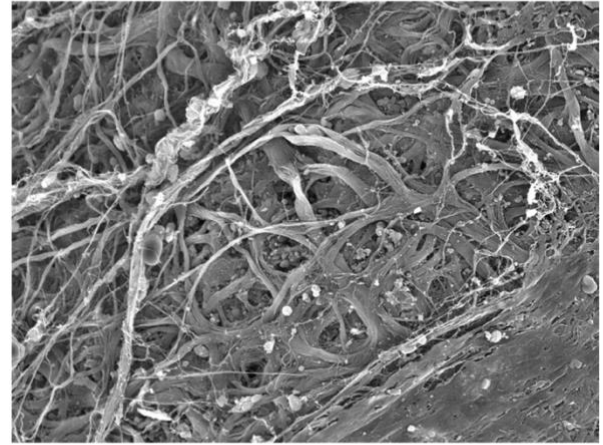
- срез иглы мало влияет на образование повреждений при использовании игл небольшого диаметра.

## What does the **ARACHNOID** look like on magnification?



Internal surface  
(internal surface human spinal dural sac).

Scanning E/M  
× 500



Internal surface  
(trabecular structure)

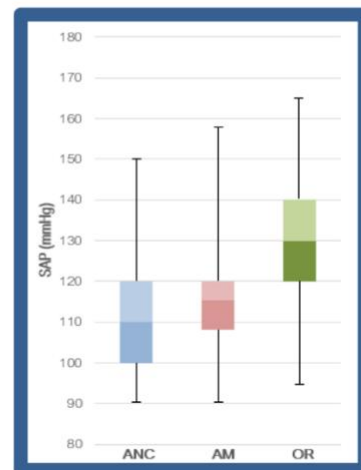


Выступление Майкла Кинселлы, посвященное использованию вазопрессоров при спинальной анестезии, вызвало большой интерес. Ведь именно он был идейным вдохновителем группы авторов, написавших эти международные согласительные рекомендации. Не могу сказать, что было предложено что-то новое, однако услышать в живую автора таких больших рекомендаций всегда приятно.

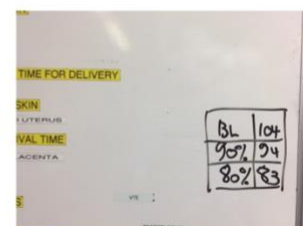
Write down the following values (repeat the baseline measurements if they are outside the normal range):

- 1 Baseline systolic arterial pressure (SAP).
- 2 90% baseline SAP.
- 3 80% baseline SAP.

- ANC – measured in antenatal clinic
- AM – measured on the morning of caesarean
- OR – measured in the operating room



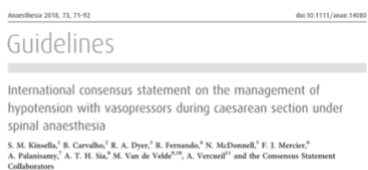
	Baseline 90%	80%
140	126	112
139	125	111
138	124	110
137	123	110
136	122	109
135	122	108
134	121	107
133	120	106
132	119	106
131	118	105
130	117	104
129	116	103
128	115	102



Все предложенные компоненты мультимодального подхода к профилактике и лечению артериальной гипотонии, очень доходчиво представленные Майклом, имели высокий уровень доказательности, и их действительно легко реализовать в нашей повседневной практике.

Большая часть из них хорошо изложена в клинических протоколах АААР, посвященных «Коррекции артериальной гипотонии при нейроаксиальной анестезии во время операции кесарева сечения» 2019 года.

1. Профилактическое введение вазопрессоров сразу после спинальной анестезии.
2.  $\alpha$ -агонисты наиболее физиологичны; в настоящее время рекомендуется фенилэфрин.
3. Необходим левый боковой наклон стола в 15 градусов и коинфузия (постинфузия).
4. Цель - поддерживать систолическое артериальное давление (САД)  $> 90\%$  от исходного уровня, избегать «значительной артериальной гипотонии»  $< 80\%$  от исходного уровня.
5. Введение фенилэфрина начинается со скоростью 25-50 мкг/мин плюс болюсы при необходимости.
6. Частота сердечных сокращений является суррогатным маркером сердечного выброса.
7. Атропин при брадикардии
8. При преэклампсии рекомендуется начать введение фенилэфрина с более низких доз.
9. Патология сердечно-сосудистой системы – индивидуальный подход.



- Prophylactic vasopressor – straight after spinal.
- $\alpha$ -agonists are most physiological; phenylephrine currently recommended.
- 15° lateral tilt and crystalloid co-load or colloid preload
- Aim maintain SAP  $>90\%$  baseline, avoid 'significant hypotension'  $< 80\%$  baseline
- Variable rate infusion. Start at 25-50  $\mu\text{g}\cdot\text{min}^{-1}$  (100  $\mu\text{g}\cdot\text{ml}^{-1}$  at 15-30  $\text{ml}\cdot\text{h}^{-1}$ ) phenylephrine, plus boluses PRN
- Heart rate is surrogate for cardiac output
- Low doses ephedrine for hypotension with low heart rate; anticholinergic for bradycardia
- Smart pumps provide greater stability
- Pre-eclampsia – start with lower doses
- Cardiac – individual decision



#### Appendix 1

Recommendations for manually titrated vasopressor infusion at elective caesarean section under spinal/combined spinal-epidural anaesthesia.

##### Vasopressor preparation

Add 10 mg phenylephrine to a 100-ml bag of normal saline, to give a concentration of phenylephrine of 100  $\mu\text{g}\cdot\text{ml}^{-1}$ . In a 50-ml syringe, draw up 25 ml of the phenylephrine solution. Attach an extension line to the 50-ml syringe and prime with the vasopressor solution in the syringe.

##### Before the spinal

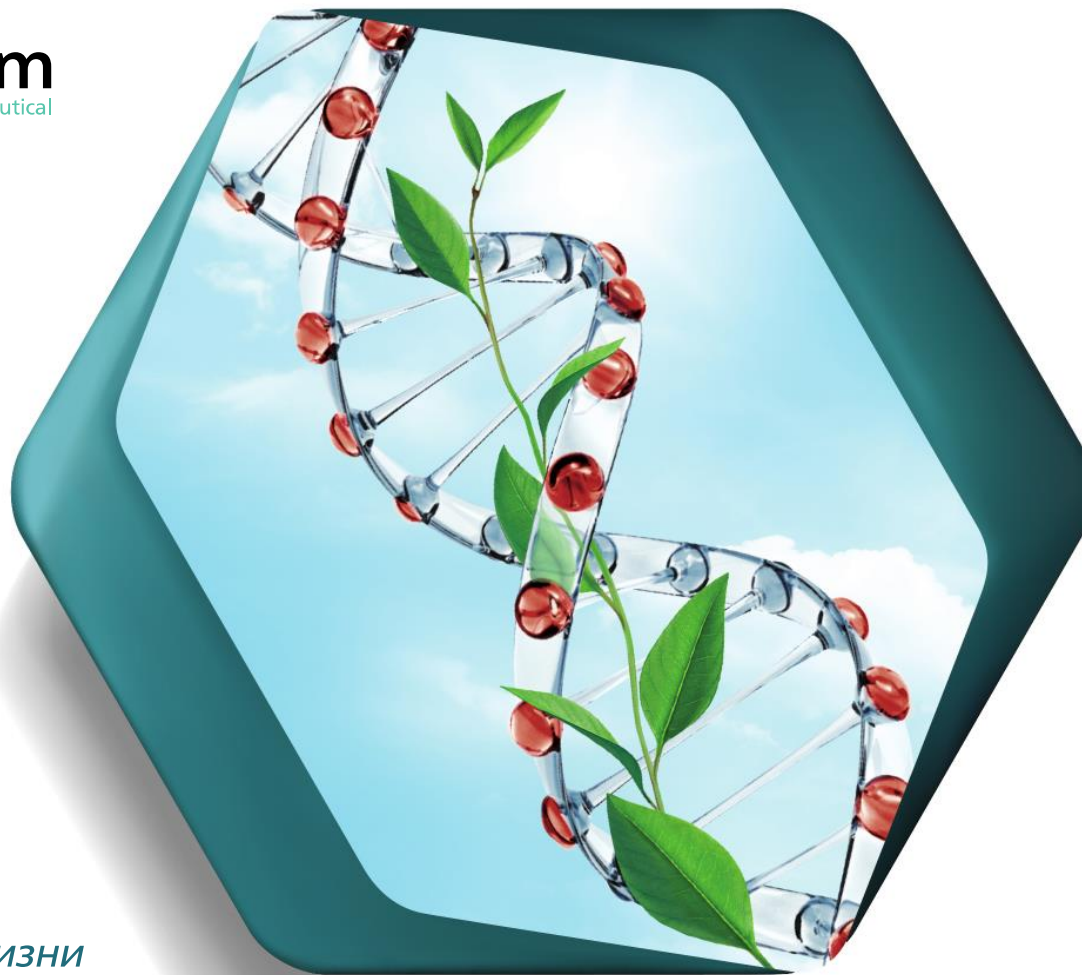
Insert a suitable size cannula (14- or 16-G) to allow rapid intravenous (i.v.) infusion. Connect 1 l warmed crystalloid to a wide-bore giving set that has a Y-

© 2017 The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland

Editor-kinsella@aagbi.org

Заканчивался утренний блок лекцией вице-президента АААР профессора Александра Вениаминовича Куликова, посвященной практике трансфузионной терапии в акушерстве XXI века. Основной упор был сделан на необходимость своевременной трансфузии компонентов крови или их возможных аналогов – концентратов факторов свертывания (концентрат протромбинового комплекса, седьмой рекомбинантный активированный фактор). Именно задержка в трансфузии компонентов крови или концентратов факторов свертывания приводит к развитию тяжелой коагулопатии или ДВС-синдрома.





*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. Вольгинский, ул. Владимирская, д.18, офис 26, тел. +7 (49243) 7-31-15, email: pv@sgbiotech.ru

Довольно интересный доклад подготовил профессор из Катара Варвик Нган Кии, который представил тактику ведения рожениц с внезапно возникшей болью во время операции кесарева сечения.

## Appropriate drugs

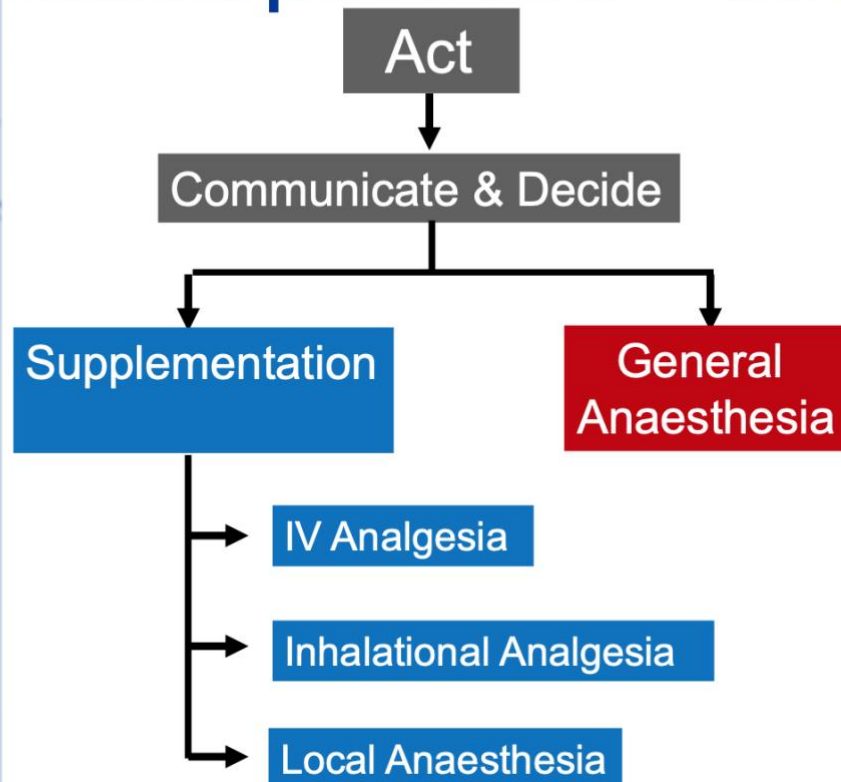
- “Right volume in the right space”
- Local anaesthetic
- Opioid
- ? Other adjuvants



Наверное, основной вывод, который можно было сделать из данной лекции, – это введение адекватных доз местного анестетика. Не надо бояться увеличивать дозу, да частота артериальной гипотонии будет больше, но проще предотвращать гипотонию, чем бороться с внезапно возникшей интраоперационной болью.



## Intraoperative Pain





Тактика может быть разная, от использования внутривенных анальгетиков и ингаляционной анестезии до конверсии в общую анестезию или использования проводниковой анестезии акушерами-гинекологами, если операция подходит к концу.

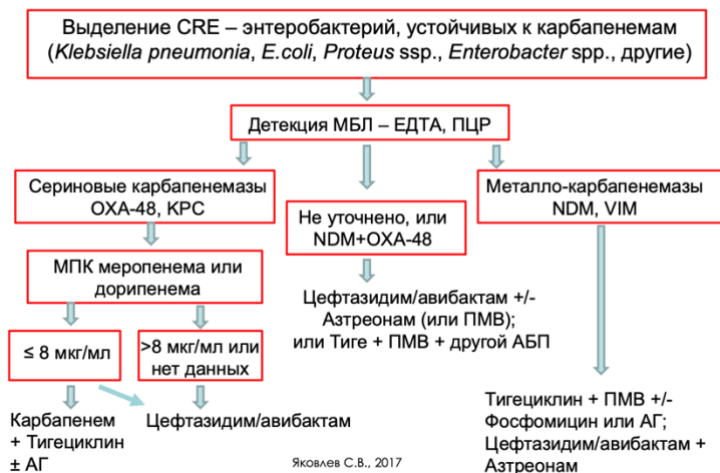
Дневной блок второго дня был посвящен ведению пациентов с тяжелыми инфекциями нижних дыхательных путей. Лекторы Денис Николаевич Проценко, Сергей Владимирович Яковлев, Александр Игоревич Синопальников и Николай Николаевич Климко с блеском провели этот сателлитный симпозиум.

## Болевые точки в ведении реанимационных пациентов с пневмониями

Денис Проценко



### Алгоритм выбора АБП при CRE

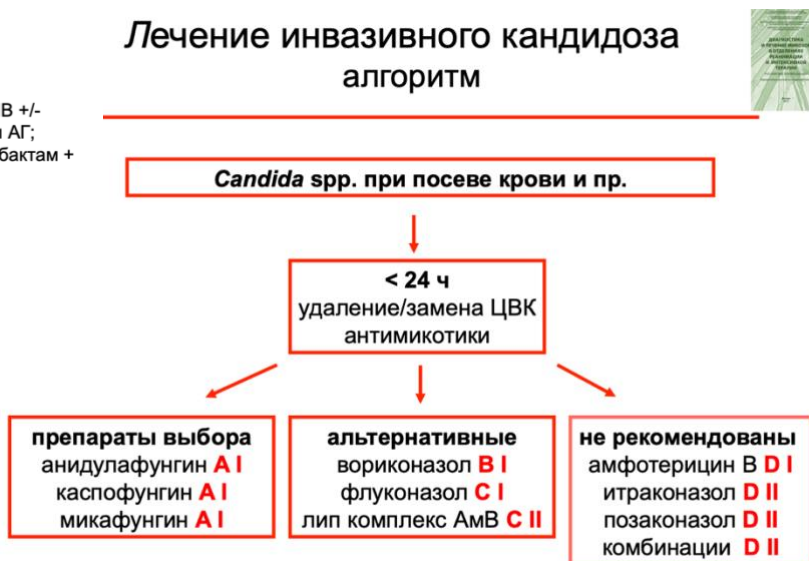


### Пути оптимизации исходов тяжелой ВП



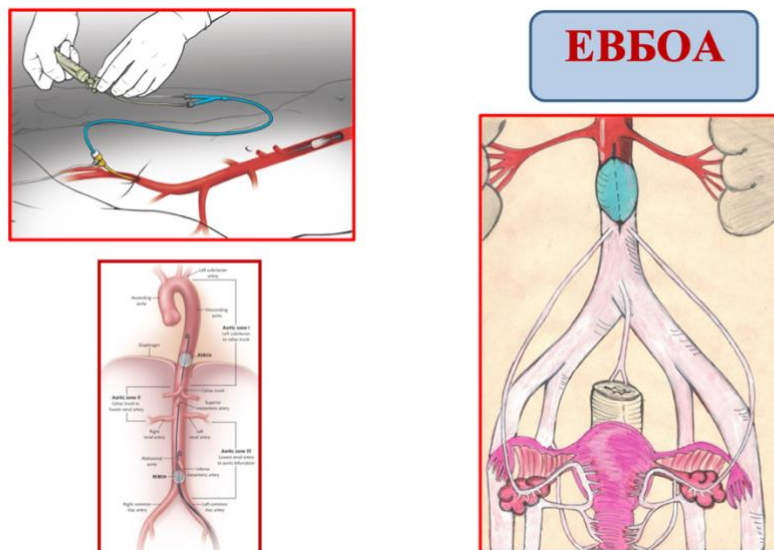
HF Lim, et al. Eur Respir J 2014; 43: 852-862

### Лечение инвазивного кандидоза алгоритм



Диагностика и лечение микозов в ОРИТ. Российские рекомендации. Москва, 2015

Вечером то же дня говорили о кровотечениях и тромбозах в акушерстве и гинекологии. В очередной раз доклад Оксаны Владимировны Рязановой (к.м.н., заведующая ОАР ПЦ ФГБОУ ВОСПБГПМУ) о современных методах сосудистого гемостаза и эндоваскулярной баллонной окклюзии аорты (ЭВБОА) вызвал неподдельный интерес у слушателей.



В России эта новая и уникальная методика применяется пока только в отделении О.В. Рязановой. Накоплен пока небольшой, но с хорошими результатами практический опыт применения ЭВБОА, который действительно снижает объем кровопотери при операциях кесарева сечения с аномалиями плацентации и улучшает исходы.

1 Онкология

10 Вращание плаценты

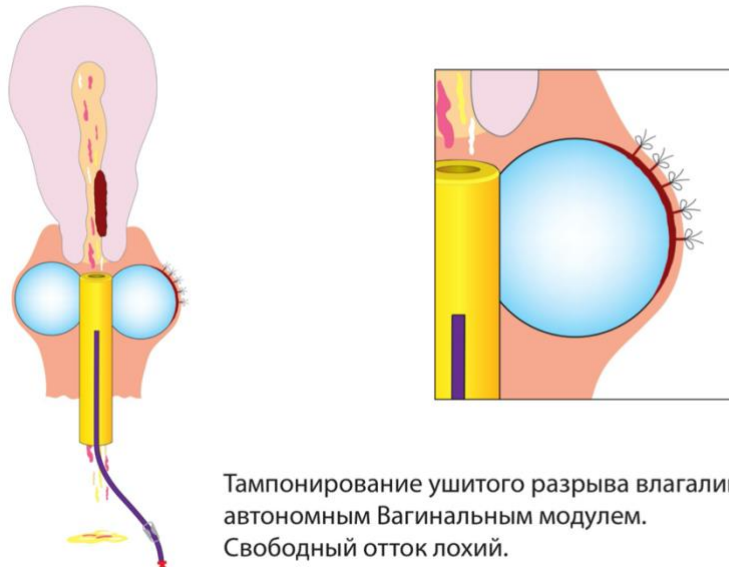
**ЭВБОА № 11**  
ноябрь 2018 – сентябрь 2019

**ПЦ ФГБОУ ВО СПБГПМУ**

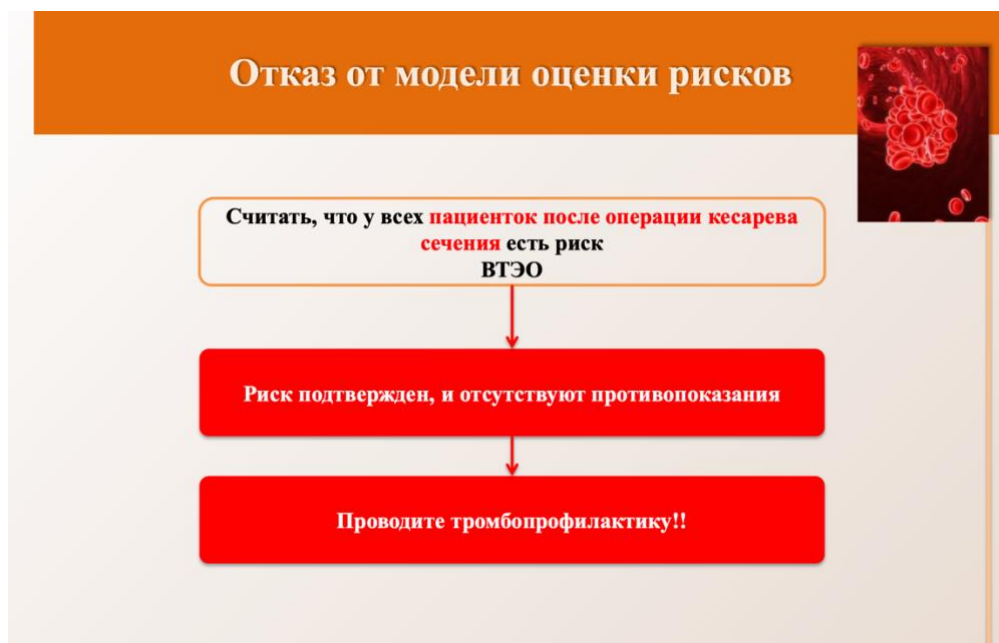
	<b>ЭВБОА № 10</b>	<b>Без ЭВБОА № 14</b>
Гестационный срок (нед)	34,4 (24 – 38)	33,6 (23 – 38)
Время операции (мин)	73,6 (56 – 93)	<b>151,8</b> (42 – 335)
Время окклюзии (мин)	16,4 (15-20)	-
Экстирпация	0	<b>8</b>
Кровопотеря (мл)	542,9 (300-1000)	<b>3715,4</b> (1000-7500)
Перевод в п/род. отд (часы)	27 (24-45)	<b>54,5</b> (24-144)
Выписаны (сут)	5,9 (5-9)	<b>8,8</b> (6-14)
Осложнения (тромбоз)	1	1

Замечательный доклад Сергея Владимировича Баринова (профессор, д.м.н., г. Омск) о комбинированном подходе лечения акушерских кровотечений был в основном посвящен хирургической тактике и методам остановки кровотечения. Было

продемонстрировано, как применение двухбаллонного акушерского катетера Жуковского (с вагинальным модулем) при кесаревом сечении с аномалией плацентации снижает объем кровопотери и частоту осложнений, уменьшает количество органосохраняющих операций.



Завершился второй день выступлением президента АААР, д.м.н., профессора Ефима Муневича Шифмана с докладом о тромбопрофилактике периоперационного периода после операции кесарева сечения. Тема весьма актуальна, учитывая ежегодный рост во всем мире числа родильниц с венозными тромбоэмболическими осложнениями.



Последние гайдлайны различных мировых сообществ рекомендуют всем родильницам после операции кесарева сечения хотя бы с одним фактором риска назначать низкомолекулярные гепарины (НМГ), а учитывая, что здоровых беременных почти нет, каждая из них должна получать НМГ в послеоперационном периоде хотя бы 6 дней.

## Третий день

Последний день конгресса запомнился интересным докладом польского доктора Булата Туякова, посвященного межфасциальным блокам для послеоперационного обезболивания. Эта простая, но очень эффективная методика, входящая в состав понятия Fast Track, позволяет снизить потребность в наркотических анальгетиках в послеоперационном периоде, ускорить активизацию родильницы и тем самым способствует более быстрому восстановлению и снижает риски послеоперационных осложнений.

ВТОРОЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ  
КОНГРЕСС ПО АКУШЕРСКОЙ  
АНЕСТЕЗИОЛОГИИ. ПАМЯТИ  
ДЖЕЙМСА ЯНГА СИМПСОНА.

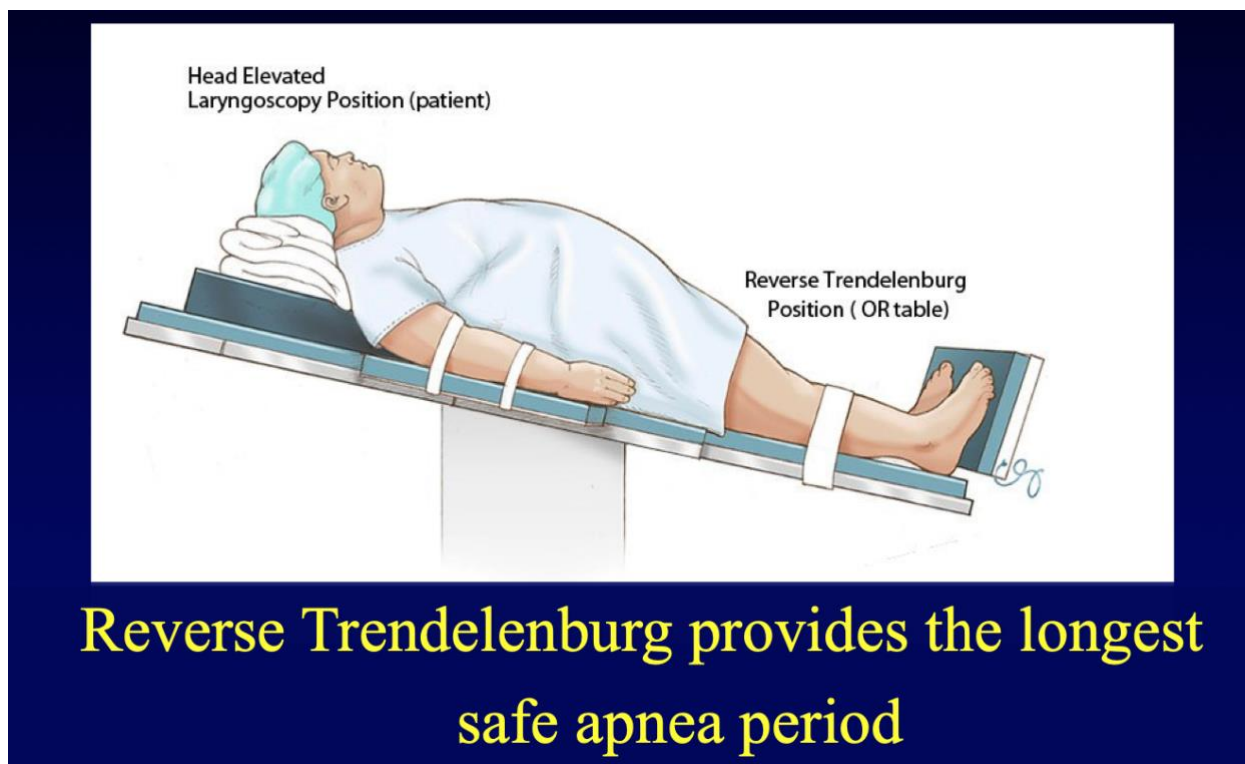


SECOND INTERNATIONAL CONGRESS  
OF OBSTETRIC ANAESTHESIOLOGY.  
IN MEMORY OF JAMES YOUNG SIMPSON.

### Заключение.

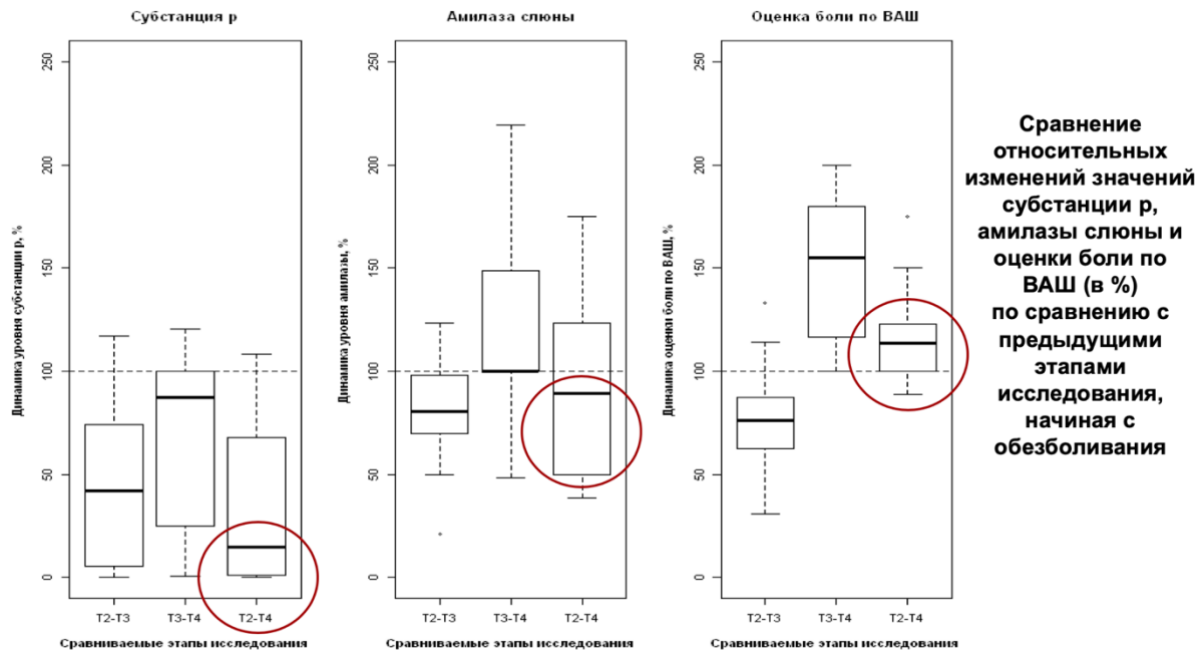
1. Адекватная послеоперационная анальгезия при кесаревом сечении занимает центральное место в профилактике послеоперационного персистирующего болевого синдрома и улучшению исходов операционного лечения.
2. В последние годы наблюдается повышенный интерес к более широкому применению TAP/QLB блокад после операции кесарева сечения связанный с большим пониманием механизма действия, появлением новых доказательств их эффективности и безопасности.
3. Блокады TAP/QLB могут с успехом применяться в определённых логистических и организационных условиях.
4. Необходимы дальнейшие исследования с целью детерминирования места каждого доступа в послеоперационной мультимодальной анальгезии.

Профессор из США Юрий Ватер рассказал об анестезиологической тактике у пациентов с морбидным ожирением. Особенности индукции, интубации, анестезии и ведения послеоперационного периода.



Без сомнения, ожирение у беременных является широко распространенной проблемой, которая ставит перед анестезиологом новые задачи и вызовы. Трудная интубация в акушерстве может привести к серьезным последствиям, а учитывая, что ее применение обычно связано с ситуациями, когда спинальная анестезия противопоказана, альтернативы не остается. Поэтому использование RAMP-позиции (подкладывание пеленки или подушки под шею и голову так, чтобы линия от мочки уха до грудины находилась в прямой плоскости) улучшает визуализацию голосовой щели у таких пациентов и обеспечивает наиболее оптимальные условия для интубации.

Доклад Екатерины Юрьевны Упрямовой (к.м.н., руководитель отделения анестезиологии и интенсивной терапии ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии», г. Москва) был посвящен новым доказательствам клинической эффективности ингаляционной седоанальгезии при самопроизвольных родах. Были представлены новые доказательства эффективности и безопасности применяемого метода.



Заключительный блок докладов конгресса был представлен исключительно российскими спикерами.

Выступление Александра Михайловича Роненсона (к.м.н., заведующий ОАР ГБУЗ ТО «ОКПЦ им. Е.М. Бакуниной», ассистент кафедры ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России, г. Тверь) было посвящено инфузионной терапии в послеоперационном периоде

### **Индивидуально ориентированная инфузионная терапии у родильниц в раннем послеродовом периоде**

- 🧐 Гравиметрический метод является более точным методом оценки кровопотери
- 🧐 Расчет кровопотери в % от ОЦК позволяет более точно выделить родильниц с возможной гиповолемией
- 🧐 Кровопотеря > 10% от ОЦК или более 1000 мл не всегда нуждается в заместительной инфузионной терапии
- 🧐 Перераспределение жидкости из интерстициального пространства в сосудистое русло увеличивает ОЦК в течение 3-6 часов после родов

*Пилотное исследование. Неопубликованные данные Роненсон А.М., Шифман Е.М., Куликов А.В. 2019.*

при развитии акушерского кровотечения. Основной акцент был сделан на отсутствии на данный момент фактических данных о волевическом статусе рожениц и родильниц, необходимости дальнейшего изучения этого вопроса и самое главное на индивидуальной оценке необходимости инфузионной терапии у родильниц на основании Эхо-КГ, УЗИ легких и нижней полой вены. Именно такой комплексный подход может позволить избежать гиперволемии и дилатационной коагулопатии у родильниц с акушерским кровотечением.

Наталья Юрьевна Пылаева (к.м.н., врач анестезиолог-реаниматолог, доцент кафедры анестезиологии-реаниматологии и скорой медицинской помощи Факультета подготовки медицинских кадров высшей квалификации и ДПО Медицинской академии им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымского Федерального университета имени В.И. Вернадского», г. Симферополь) рассказала об эффективности применения антитромбина III (АТ III) у родильниц с преэклампсией и дефицитом АТ III. Своевременная диагностика и коррекция дефицита АТ III позволяют улучшить качество лечения родильниц с преэклампсией и их дальнейшую реабилитацию.

---

### **Роль антитромбина III в прогнозировании, ранней диагностике и лечении преэклампсии и ее осложнений**

#### **ВЫВОДЫ:**

1. Дефицит антитромбина III играет важную роль в развитии преэклампсии и ее осложнений, участвуя в патогенезе генерализованного повреждения эндотелия и тромбоза сосудов микроциркуляции, что позволяет использовать его показатели в качестве биомаркера преэклампсии.
2. Определение уровня антитромбина III в качестве предиктора преэклампсии и ее осложнений целесообразно рекомендовать у пациенток с высоким риском преэклампсии и, особенно, при наличии преэклампсии во время предыдущих беременностей.
3. Применение препаратов антитромбина III для заместительной терапии у пациенток с его дефицитом позволяет улучшить качество лечения преэклампсии и ее осложнений.

Доклад Евгения Николаевича Дегтярева (врач высшей категории ГБУЗ АО АОКБ «Амурский областной перинатальный центр», аспирант кафедры акушерства и гинекологии ФПДО ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск) был посвящен безопасности и эффективности окситоцина при операции кесарева сечения.

## Оценка утеротонического эффекта



Евгений Николаевич и его коллеги провели интересное исследование, результаты которого показали, что применение 10 ЕД окситоцина не снижает общий объем кровопотери при операции кесарева сечения, а лишь увеличивает риск осложнений.

**1**

Увеличивает риск развития депрессии сегмента ST более чем на 0,5 мм в **9 раз**

**2**

Увеличивает риск развития артериальной гипотонии в **2,5 раза**

**3**

Увеличивает среднее значение  $\Delta$  гемоглобина до и после операции в **1,7 раза**

**4**

Увеличивает объем кровопотери более чем на **21%**

**5**

Шанс развития ишемии миокарда при наличии артериальной гипотонии возрастает более чем в **11 раз**

**6**

Увеличение объема кровопотери коррелирует с глубиной депрессии сегмента ST



Подводя итоги проведенного конгресса, стоит отметить титаническую работу по организации приезда столь внушительного десанта иностранных специалистов. Сами лекторы были приятно удивлены такому составу и в кулуарах выражали благодарность организаторам конгресса, отмечая, что даже на Европейских площадках не встретишь такого количества мировых светил медицины.

Коллеги из Ассоциации акушерских анестезиологов Великобритании высказали свое пожелание о дальнейшем сотрудничестве и очередном визите в Россию.

**А мы желаем всем здоровья, и до новых встреч!**

Moscow  
21-23 September 2019

Москва  
21-23 сентября, 2019

III ПЛЕНУМ ПРАВЛЕНИЯ  
АССОЦИАЦИИ АКУШЕРСКИХ  
АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ.  
**ВТОРОЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ  
КОНГРЕСС ПО АКУШЕРСКОЙ  
АНЕСТЕЗИОЛОГИИ. ПАМЯТИ  
ДЖЕЙМСА ЯНГА СИМПСОНА.**

**SECOND INTERNATIONAL CONGRESS  
OF OBSTETRIC ANAESTHESIOLOGY.  
IN MEMORY OF JAMES YOUNG SIMPSON.**

THIRD PLENUM OF THE BOARD  
OF RUSSIAN OBSTETRICAL ANAESTHESIOLOGY  
AND INTENSIVISTS ASSOCIATION.

ARFPOINT.RU

Всероссийский  
образовательный форум

2019

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





WWW.ARFPOINT.RU

Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов  
Obstetrical Anesthesiologists Intensivists Association

online журнал

Вестник акушерской анестезиологии

online journal **Obstetric Anesthesia Digest**

№10(24)

2019

Октябрь

Номер свидетельства – ЭЛ № ФС 77 - 75663

Дата регистрации – 26.04.2019

Статус свидетельства – Действующее

Наименование СМИ – «Вестник акушерской анестезиологии»

Форма распространения – Сетевое издание

Территория распространения – Российская Федерация,  
зарубежные страны

Учредитель – Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов

Адрес редакции: 119435, г. Москва, ул. Малая Пироговская, д. 18, стр. 1, оф. № 109

Языки – русский, английский

№10(24) Октябрь 2019

№10(24) October 2019

Вестник акушерской анестезиологии

Obstetric anesthesia digest