



WWW.ARFPPOINT.RU

Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов
Obstetrical Anesthesiologists Intensivists Association

ISSN 2686-8032 (Online)

online журнал

Вестник акушерской анестезиологии №14(40)

2021

online journal **Obstetric Anesthesia Digest** Февраль



№14(40) Февраль 2021

№14(40) February 2021

Вестник акушерской анестезиологии

Obstetric anesthesia digest



online журнал

Вестник акушерской анестезиологии **№14(40)**
2021
online journal **Obstetric Anesthesia Digest** Февраль

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.М. Шифман, проф. (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. Belokrinskaya, 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.M. Schifman, Prof. (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.



WWW.ARFPOINT.RU

Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов
Obstetrical Anesthesiologists Intensivists Association

ISSN 2686-8032 (Online)

online журнал

Вестник акушерской анестезиологии

№14(40)

2021

online journal **Obstetric Anesthesia Digest** Февраль

С о д е р ж а н и е

Статья	Стр.
Обзор конфиденциального расследования материнской смертности в Великобритании. <i>Часть 1. Улучшение анестезиологической помощи</i>	5
У вас вопрос? У нас ответ!	12
Коротко о главном	13
Дайджест публикаций	17



АССОЦИАЦИЯ АКУШЕРСКИХ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ

NULLIUS IN VERBA

ПЛАН РАБОТЫ АССОЦИАЦИИ ААР НА 2021 ГОД

2021 ПЛАН МЕРОПРИЯТИЙ

22 января * ГРОЗНЫЙ	29 января * НИЖНИЙ НОВГОРОД	12 февраля * РОСТОВ-НА-ДОНУ	26 февраля * ЕКАТЕРИНБУРГ	12 марта КАЗАНЬ	19-20 марта * САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, СЕКЦИЯ АААР
16 апреля ИРКУТСК	21-22 мая ГЕЛЕНДЖИК, СЕКЦИЯ АААР	4 июня ВЛАДИКАВКАЗ	6 сентября ЮЖНО-САХАЛИНСК	9 сентября ВЛАДИВОСТОК	13 сентября ПЕТРОПАВЛОВСК- КАМЧАТСКИЙ
8-9 октября МОСКВА, IV ПЛЕНУМ ПРАВЛЕНИЯ АССОЦИАЦИИ ААР	29 октября КРАСНОДАР	19 ноября СУРГУТ	3 декабря НОВОСИБИРСК		

* Мероприятия в формате online-конференции

www.arfpoint.ru

ОБЗОР MBRRACE-UK КОНФИДЕНЦИАЛЬНОГО РАССЛЕДОВАНИЯ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В ВЕЛИКОБРИТАНИИ

Часть 1. Улучшение анестезиологической помощи

Роненсон А.М.¹, Шифман Е.М.², Куликов А.В.³

1. ГБУЗ Тверской области «Областной клинический перинатальный центр им. Е.М. Бакуниной», 170036 г. Тверь, Россия.
2. ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», 129110 г. Москва, Россия.
3. ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Минздрава России, 620028 г. Екатеринбург, Россия.

Для корреспонденции: Роненсон Александр Михайлович, к.м.н., зав. отделением анестезиологии и реанимации ГБУЗ Тверской области «Областной клинический перинатальный центр им. Е. М. Бакуниной», г. Тверь; e-mail: a.ronenson@mail.ru

Для цитирования: Роненсон А.М., Шифман Е.М., Куликов А.В. Обзор MBRRACE-UK конфиденциального расследования материнской смертности в Великобритании. Часть 1. Улучшение анестезиологической помощи. 2021; 14(40): 5-10.

DOI <https://doi.org/10.24412/2686-8032-2021-1440-5-11>

OVERVIEW OF THE MBRRACE-UK CONFIDENTIAL ENQUIRIES IN MATERNAL DEATH AND MORBIDITY

Part 1. Improving anesthetic care

Ronenson A. M.¹, Shifman E. M.², Kulikov A. V.³

1. Tver Regional Clinical Perinatal Center, 170036 Tver, Russia.
2. Moscow Regional Research and Clinical Institute (MONIKI), 129110 Moscow, Russia.
3. Ural State Medical Academy, 620028 Ekaterinburg, Russia.

For correspondence: Ronenson Alexandr Mikhailovich, PhD, Head Department of Anesthesiology and Intensive Care of «Tver Regional Clinical Perinatal Center E. M. Bakuninoy», Tver, Russia; E-mail: a.ronenson@mail.ru

For citation: Ronenson A.M., Shifman E.M., Kulikov A.V. Overview of the MBRRACE-UK confidential enquiries in maternal death and morbidity. Part 1. Improving anesthetic care. *Obstetric anesthesia digest*. 2021; 14(40): 5-10.

DOI <https://doi.org/10.24412/2686-8032-2021-1440-5-11>

MBRRACE-UK – программа «Матери и младенцы: снижение риска с помощью аудитов и конфиденциальных отчетов по всей Великобритании», которая направлена на улучшение качества медицинской помощи в акушерстве и неонатологии. Раз в три года в Великобритании выпускается отчет о причинах материнской и неонатальной смертности с обзором причин и выводов как в будущем можно улучшить практику, чтобы снизить летальные исходы и осложнения.

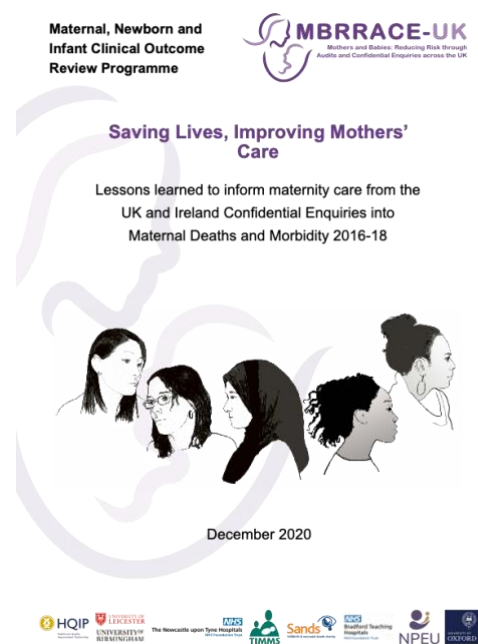
14 января 2020 года вышел **седьмой годовой отчет MBRRACE-UK** о конфиденциальном расследовании материнской смертности и осложнений, включающий данные женщин, умерших в течение одного года после беременности в период с 2016 по 2018 год в Великобритании. В отчете имеется семь различных глав, которые можно читать независимо друг от друга, посвященных таким темам как материнская смертность, неврологические осложнения, медицинские и общие хирургические осложнения, осложнения при анестезии, смертность от тромбоза легочной артерии, послеродовое кровотечение и эмболия околоплодными водами, сепсис.

По данным Минздрава РФ за этот же период, в Российской Федерации материнская смертность составила 523 женщины [1].

Этот отчет является уникальным документом, так как включает в себя не просто сухую статистику, но и реальные клинические ситуации, приведшие к летальным исходам, и, самое главное, выводы, которые должны снизить количество таких неблагоприятных случаев.

Мы предлагаем обсудить несколько глав отчета в этом номере и в последующих сделать выводы, которые помогли бы в наших реалиях избежать летальных исходов и улучшить нашу клиническую практику.

Часть 1. Возможности улучшения анестезиологической помощи



Анестезиологи являются неотъемлемой частью многопрофильной команды в учреждениях родовспоможения. Качество медицинской помощи, оказываемой анестезиологами, напрямую влияет на материнскую смертность и осложнения, не ограничиваясь только проведением анестезии. В представленном отчете описан один случай материнской смерти, связанный именно с анестезией. Из открытых данных, например, в РФ за 2016 – 2018 годы было официально зафиксировано 11 подобных случаев материнской смертности [1]. Причинами были: неудачная интубация (1), аспирационный синдром (1), осложнение эпидуральной анестезии (1), анафилактический шок (3), осложнение катетеризации подключичных вен (4), прочие причины (1) [1]. Существует множество способов для снижения материнской смертности, связанной с анестезией. К ним относятся изменения в клинической практике (например, более широкое использование нейроаксиальной анестезии для кесарева сечения и использование более низких концентраций местного анестетика для эпидуральной анальгезии), совершенствование навыков и, конечно же, соблюдение клинических

рекомендаций и протоколов лечения. Очень важна профессиональная подготовка анестезиологов, работающих в учреждениях родовспоможения. При подготовке этого

отчета было проанализировано 295 случаев материнской смерти. Это дает возможность анестезиологам понять, как внести свой вклад в дальнейшее улучшение ухода за женщинами.

Беременной, страдающей бронхиальной астмой и лечившейся от нарушения толерантности к глюкозе, было проведено плановое повторное кесарево сечение, была проведена спинальная анестезия. Вскоре после рождения ребенка у роженицы развилась дыхательная недостаточность, анестезиолог интубировал пациентку. Однако после интубации вентиляция была неадекватная и женщина была переинтубирована, но без улучшения вентиляции. Гипоксемия сохранялась, несмотря на введение адреналина, антигистаминных препаратов и сальбутамола. Произошла остановка сердца и была начата сердечно-легочная реанимация (СЛР). В этот период ей была сделана гистерэктомия по поводу атонии матки, гематологические показатели соответствовали развитию синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания. Более поздние исследования подтвердили смерть ствола головного мозга из-за гипоксии. Ее смерть была связана с воздушной эмболией.

Это был единственный за три года летальный исход, связанный с анестезией, в результате воздушной эмболии. Эксперты не считали, что улучшение медицинского обслуживания повлияло бы на этот исход. Венозная воздушная эмболия (ВЭ) во время кесарева сечения может быть недооцененным, но распространенным явлением с частотой от 10 до 97% в зависимости от метода [3] диагностики, редко приводящим к катастрофическому кардиореспираторному коллапсу. У женщин, перенесших кесарево сечение под нейроаксиальной анестезией, симптомы ВЭ могут включать тяжесть в грудной клетке и одышку со снижением показателей пульсоксиметрии или без них и гипотонию. Во время общей анестезии другие признаки могут включать резкое снижение концентрации углекислого газа в конце выдоха и повышение концентрации азота в конце выдоха. Эти симптомы и признаки характерны для других эмболических осложнений, таких как эмболия околоплодными водами, и тех осложнений, которые приводят к острой гипотонии, таких как кровотечение, анафилаксия и сердечная недостаточность.

Технологии, предлагаемые для диагностики ВЭ, включают эхокардиографию (например, трансторакальную) и

прекардиальную доплерографию. Использование трансторакальной Эхо-КГ в акушерском стационаре ограничено доступностью и подготовкой к ее использованию. У рожениц, которым проводят общую анестезию, обнаружение повышения уровня азота в конце выдоха может быть наиболее чувствительным методом, но этот способ измерения обычно недоступен в анестезиологических мониторах [3].

В ситуации, когда диагностирован низкий сердечный выброс и затруднена вентиляция, раннее начало непрямого массажа сердца может способствовать увеличению сердечного выброса и расщеплению внутрижелудочкового воздуха и его прохождению по малому кругу кровообращения. Роль раннего выполнения непрямого массажа сердца в ситуациях низкого сердечного выброса и затрудненной вентиляции легких (например, анафилаксии) была подчеркнута в главе, посвященной анестезии, в отчете по материнской смертности в Великобритании за 2017 год (Bamber and Lucas, 2017) и в недавней публикации, в которой рекомендовалось рассмотреть возможность начала непрямого массажа сердца, если систолическое артериальное давление <50 мм рт. ст. [4]. Мы обсуждали эту

статью в «Вестнике акушерской анестезиологии» за июнь 2020 года.

Несмотря на то, что ВЭ является частым эмболическим осложнением, возникающим во время кесарева сечения с оценочной частотой до 97%, к счастью, ее серьезные последствия относительно редки и составляет около 1% всех материнских смертей. Тем не менее, клиническое значение ВЭ, вероятно,

недооценивается как причина боли за грудиной и одышки, обычно наблюдаемых у рожениц, перенесших кесарево сечение, и, как во многих случаях, приводящей к временной десатурации. Однако всегда необходима дифференциальная диагностика между другими фатальными осложнениями, такими как венозные тромбозы эмболические осложнения, эмболия околоплодными водами и анафилаксия.

Своевременное проведение нейроаксиальной анальгезии в родах

Беременной с умеренной преэклампсией была сделана амниотомия для индукции родов. В время активных схваток она попросила эпидуральную анальгезию, но ее проведение было отложено на несколько часов в ожидании результатов полного анализа крови и коагулограммы, которые были запрошены анестезиологом. В ожидании анальгезии коррекция артериальной гипертензии в родах была затруднена и потребовалось несколько доз антигипертензивных препаратов. Количество тромбоцитов и коагулограмма были нормальными.

Эффективная нейроаксиальная анальгезия во время родов может способствовать снижению артериального давления у рожениц с преэклампсией. Требуется своевременное планирование нейроаксиальной анальгезии/анестезии как только роженица вступает в роды. Оценка количества тромбоцитов и коагуляции не должна приводить к чрезмерной задержке оказания нейроаксиальной анальгезии во время родов. В родильных отделениях должны быть протоколы для принятия решений о проведении нейроаксиальной анальгезии/анестезии роженицам, которые имеют риск развития нарушений коагуляции, например, преэклампсия.

Необходимы локальные протоколы, учитывающие возможности лаборатории и необходимость повторных анализов тромбоцитов и коагулограммы. Если у пациентки была тромбоцитопения и она немного прогрессировала (умеренная или тяжелая преэклампсия), то, конечно, необходимо повторить анализ. Однако, если анализы были в пределах референсных показателей на протяжении госпитализации или в течение последних 7 дней и пациентка не ухудшалась по тяжести преэклампсии, то задержка постановки катетера с целью взятия повторных анализов коагулограммы и тромбоцитов не является целесообразной.

Тактика при неудачной нейроаксиальной анестезии

У роженицы была неудовлетворительная эпидуральная анальгезия родов. В потужном периоде ей потребовалось оперативное родовспоможение, но попытки спинальной анестезии были неудачными. Акушер-гинеколог выполнил пудендальную блокаду для родовспоможения через естественные родовые пути большого ребенка, осложненного дистоцией плеча и разрывом промежности. В дальнейшем родильнице провели общую анестезию для ушивания разрыва промежности.

Должны быть разработаны местные рекомендации по тактике ведения рожениц с

неадекватно работающим эпидуральным катетером. Использование акушером местной

анестезии или блокады периферических нервов может быть недостаточным при развитии осложнений.

В сентябрьском номере «Вестника акушерской анестезиологии» 2019 года [6] мы обсуждали причины неудачной конверсии эпидуральной анальгезии в эпидуральную анестезию для кесарева сечения. Основной вывод, который необходимо было сделать, — это повторная установка эпидурального катетера, в случае неэффективной анальгезии родов, попытаться улучшить качество анальгезии за счет подтягивания катетера, если есть такая возможность, и введения большего болюса меньшей концентрации.

Тактика лечения постпункционной головной боли после пункции твердой мозговой оболочки

В проведенном аудите эксперты выявили несколько случаев, когда лечение постпункционной головной боли (ППГБ) значительно отклонялось от общепринятой практики, хотя ни один из них не был связан с летальным исходом. В отчете MBRRACE-UK за 2014 год две материнские смерти были связаны с ППГБ.

Если пациентке была проведена спинальная анестезия, то нет необходимости в активном патронаже анестезиологом пациентки на выявление симптомов ППГБ, достаточно ежедневного осмотра акушера-гинеколога. В случае непреднамеренного

прокола твердой мозговой оболочки (ТМО) иглой Туохи при пункции эпидурального пространства, необходим активный патронаж пациентки (в ближайшие 3 дня после пункции 2-3 раза в день) для выявления симптомов ППГБ.

Консервативная терапия (кофеин, инфузионная, анальгетики) в случае непреднамеренного прокола ТМО иглой Туохи при пункции эпидурального пространства имеет место только до 48-72 часов, после уже необходимо (лучше до 72 часов) выполнить пломбирование аутокровью. Если в течение первых суток после пломбирования эффекта не наблюдается, необходимо выполнить КТ или МРТ головного и спинного мозга (с фокусом на уровень пункции) для дифференциальной диагностики ППГБ.

Мониторинг в послеоперационном периоде

В некоторых случаях анестезиолог либо не распознавал, либо неверно оценивал, что состояние родильницы ухудшалось, когда она находилась после анестезии в палате пробуждения. Значение боли недооценивалось; боль, которая непропорциональна ожидаемой или трудно поддающаяся лечению, может быть признаком острого ухудшения (например, кровотечения или сепсиса) и требует анестезиологического или акушерского осмотра.

После экстренного кесарева сечения под общей анестезией и экстубации у родильницы наблюдалась сонливость, тахикардия, гипотермия и гипоксемия. Персонал попросил анестезиолога осмотреть женщину. Тот заподозрил скрытую кровопотерю и назначил введение небольшого болюса жидкости, а также ЭКГ и анализ газов крови. Затем анестезиолог оставил пациентку. Инфузионная терапия была начата с задержкой и состояние женщины ухудшилось. Ее транспортировали в операционную на обследование под общей анестезией. У нее оказалось массивное послеродовое кровотечение, потребовавшее трансфузии компонентов крови и гистерэктомии, но во время операции произошла остановка сердца и биологическая смерть.

После экстренного кесарева сечения под общей анестезией и экстубации с минимальной кровопотерей у родильницы отмечалась одышка. Анестезиолог осмотрел родильницу и назначил ей

еще один препарат для реверсии нервно-мышечного блока. Никаких дополнительных оценок и исследований не проводилось. Позже у женщины произошла остановка сердца, и она была транспортирована в операционную для лапаротомии из-за подозрения на внутрибрюшное кровотечение, но ничего не было обнаружено. Позже у женщины диагностировали стрептококковый сепсис.

Беременным или родильницам в послеоперационном периоде требуется тот же стандарт послеоперационного наблюдения, включая документацию, что и неакушерским пациентам.

Катетеризация подключичных вен

Несмотря на отсутствие таких осложнений в Великобритании, наличие четырех случаев с летальным исходом за 2016 – 2018 годы в РФ заставляет еще раз обратить внимание на показания для катетеризации и технику ее выполнения.

Показаниями служит лишь отсутствие адекватного периферического доступа при проведении объемной и длительной инфузионной терапии или проведение длительной (больше суток) инотропной/вазопрессорной поддержки. Два катетера 16G вполне могут заменить катетер в центральной вене, а использование вазоактивных препаратов короткое время, например, при артериальной гипотонии во время

послеродового кровотечения, не является показанием для катетеризации центральной вены.

Постановка катетера в центральную вену должна проводиться опытным врачом с использованием УЗИ-навигации. Владение этими методами включено в профессиональный стандарт врача анестезиолога-реаниматолога [7]. После постановки катетера необходимо верифицировать его положение и исключить осложнения. В условиях операционной или при отсутствии рентгеновского аппарата, можно воспользоваться аппаратом УЗИ.

Заключение

Соблюдение клинических рекомендаций, протоколов лечения и совершенствование своих профессиональных навыков наряду с материально-техническим обеспечением отделения может существенно улучшить картину снижения материнской смертности.

Список литературы

1. Методическое письмо Минздрава РФ «Материнская смертность в РФ за 2018 год» от 18.09.2019 г.
2. Анестезия, интенсивная терапия и реанимация в акушерстве и гинекологии. Клинические рекомендации. Протоколы лечения. Издание третье, дополненное и переработанное / Под редакцией А.В. Куликова, Е.М. Шифмана. – М.: Издательство «Медицина», 2018. – 824 с.
3. Kim CS, Liu J, Kwon JY, Shin SK, Kim KJ. Venous air embolism during surgery, especially cesarean delivery. J Korean Med Sci. 2008; 23(5): 753-761.
4. Harper NJN, Nolan JP, Soar J, Cook TM. Why chest compressions should start when systolic arterial blood pressure is below 50 mm Hg in the anaesthetised patient. Br J Anaesth. 2020; 124(3): 234-238.
5. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium Green-top // Guideline No. 37a. – April 2015. – 40p.
6. Причины неудачной конверсии эпидуральной анальгезии родов в эпидуральную анестезию для кесарева сечения: национальное исследование // Вестник акушерской анестезиологии. 2019. №9 (23).
7. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27.08.2018 г. № 554н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач - анестезиолог-реаниматолог».

LANCET

If DYS426 is 1E and DYS392 is not 11, one is probably a member of haplogroup R1b.

If DYS426 is 1E and DYS392 is 11, one is probably a member of haplogroup R1b.

If DYS426 is 1E and DYS392 is not 11, one is probably a member of haplogroup R1b.

If DYS426 is 1E and DYS392 is 11, one is probably a member of haplogroup R1b.

If DYS426 is 1E and DYS392 is 11, one is in the known modal haplogroup for G shown above.

На острие медицинских технологий



Средства визуализации



Антитромботическая терапия



Пульмонология



Анестезиология и реаниматология



Онкология



Орфанные заболевания

У ВАС ВОПРОС? У НАС ОТВЕТ!

В Ассоциацию ААР поступил вопрос от одного из наших читателей.

«Добрый день!

Уважаемая ассоциация, помогите в решении вопроса об обезболивании родов закисью азота. Правомерно ли проводить обезболивание закисью азота, и чем обосновывать ее применение?»

Согласно клиническим рекомендациям МЗ РФ «Нейроаксиальные методы обезболивания родов» от 23 октября 2018 года, методы обезболивания родов можно классифицировать следующим образом [1]:

- немедикаментозные;
- медикаментозные (опиаты, неопиатные анальгетики, кетамин, ингаляционные анестетики);
- нейроаксиальная анестезия:
 - эпидуральная;
 - спинальная;
 - комбинированная спинально-эпидуральная.

Действительно, ингаляционная анальгезия является одной из техник обезболивания родов, однако нейроаксиальная техника является методом выбора, самым гибким, эффективным и обладает наименее угнетающим действием на центральную нервную систему роженицы, плода и новорожденного.

Кроме того, согласно американским данным, более 63% рожениц, использующих закись азота в качестве ингаляционной аутоанальгезии, в дальнейшем переходят на применение нейроаксиальных методов обезболивания в связи с недостаточным уровнем обезболивания [2].

Таким образом, применение закиси азота в качестве аутоанальгезии у рожениц не противопоказано, однако не является методом выбора при отсутствии противопоказаний к использованию нейроаксиальных методов анальгезии.

Список литературы

1. Анестезия, интенсивная терапия и реанимация в акушерстве и гинекологии. Клинические рекомендации. Протоколы лечения. Издание четвертое, дополненное и переработанное / Под редакцией А.В. Куликова, Е.М. Шифмана. – М.: Издательство «Буки Веди», 2019. – 928 с.
2. Sutton CD, Butwick AJ, Riley ET, Carvalho B. Nitrous oxide for labor analgesia: Utilization and predictors of conversion to neuraxial analgesia. J Clin Anesth. 2017; 40: 40-45.

КОРОТКО О ГЛАВНОМ

Сравнение видеоларингоскопии и прямой ларингоскопии при интубации трахеи в акушерстве: систематический обзор и метаанализ

Частота сложной и неудачной интубации больше у беременных, чем в общей популяции из-за анатомических и физиологических изменений во время беременности. Видеоларингоскопия повышает частоту интубации с первой попытки и снижает количество осложнений по сравнению с прямой ларингоскопией у небеременных пациентов. Целью этого исследования было изучить эффективность и безопасность видеоларингоскопии по сравнению с прямой ларингоскопией в акушерстве.

Был проведен поиск в базах данных Central, CINAHL, Embase, MEDLINE и Web of Science с момента создания до 27 мая 2020 года без ограничений. Критериями включения были: рандомизированные контролируемые исследования (РКИ), обзорные исследования, серии клинических случаев и отчеты о случаях, в которых сообщалось о применении видеоларингоскопии для интубации трахеи у беременных пациенток при индукции общей анестезией.

Всего было включено четыре РКИ с 428 участниками, девять наблюдательных исследований и 35 клинических случаев со 100 участниками. По результатам метаанализа трех исследований, показатели успешной интубации с первой попытки (отношение рисков, 1,02; 95% доверительный интервал [ДИ], 0,98–1,06; $P = 0,29$; $I^2 = 0\%$) и время до интубации трахеи (средняя разница, 1,20 с; 95% ДИ, от -6,63 до 9,04; $P = 0,76$; $I^2 = 95\%$) не продемонстрировали разницы между видеоларингоскопией и прямой ларингоскопией у рожениц без трудных дыхательных путей. Наблюдательные исследования и отчеты о клинических случаях подчеркивают роль видеоларингоскопии как основного выбора, когда ожидается трудная интубация трахеи или как средство при сложной или неудачной интубации.

Доказательства эффективности видеоларингоскопии продолжают развиваться, но поддерживают ее более широкое распространение в акушерстве, где видеоларингоскопы должны быть всегда доступны при использовании в качестве устройства первой линии.

Howle R., Onwochei D., Harrison SL. et al. Comparison of videolaryngoscopy and direct laryngoscopy for tracheal intubation in obstetrics: a mixed-methods systematic review and meta-analysis. J Can Anesth. 2021.

Сноровка и умение – в беде спасение. Необходима постоянная практика и оттачивание мастерства при использовании видеоларингоскопа. Его применение имеет ряд особенностей, например, специально изогнутая интубационная трубка. Видеоларингоскопия входит в протокол трудной интубации у беременных и небеременных пациентов. Согласно рекомендациям ФАР, использование видеоларингоскопии необходимо при интубации беременной с COVID-19 (третья версия методических рекомендаций по организации медпомощи беременным и новорожденным с COVID-19 Минздрав России).

Внутричерепная гематома и абсцесс после нейроаксиальной анестезии и аналгезии: обзор литературы с описанием 297 случаев

Авторы провели систематический поиск литературы в MEDLINE, Embase и Кокрановской библиотеке с момента их создания до мая 2020 года на предмет отчетов/серий случаев, когортных исследований и обзоров внутричерепной гематомы или абсцесса, связанных с нейроаксиальной методикой.

Авторы проанализировали 232 работы, включающие 291 пациента с гематомой и шесть пациентов с абсцессом/эмпиемой. Большая часть включенных исследований состояла из сообщений об отдельных случаях с высоким риском систематической ошибки. Из пациентов с гематомой **48% относились к акушерским пациентам**, остальным была проведена нейроаксиальная методика по различным периоперационным показаниям или купированию боли. В 81% случаев сообщалось о предшествующей пункции твердой мозговой оболочки, преднамеренной (например, спинальная анестезия) или непреднамеренной (например, при установке эпидурального катетера). Головная боль была описана у 217 пациентов; у 101 пациента симптомы напоминали постпункционную головную боль (ППГБ). После лечения у 11% было частичное выздоровление или оно не наступило совсем, 8% летальный исход, что указывает на тяжесть этого осложнения. О внутричерепном абсцессе после нейроаксиальной методики сообщают редко.

Диагностика внутричерепной гематомы на начальном этапе часто запаздывает, поскольку предполагается, что головная боль вызвана цереброспинальной гипотензией из-за утечки спинномозговой жидкости, известной как ППГБ. Продолжительная головная боль без улучшения, ухудшение симптомов, несмотря на консервативное лечение или проведение пломбирования аутокровью, изменение головной боли с постуральной на непостуральную, или новые неврологические симптомы должны насторожить врачей и настроить их на альтернативные диагнозы.

Bos EM, van der Lee K, Naumann J, et al Intracranial hematoma and abscess after neuraxial analgesia and anesthesia: a review of the literature describing 297 cases Regional Anesthesia & Pain Medicine Published Online First: 13 January 2021.

Спасибо авторам статьи за публикацию и кропотливый поиск литературы с такими редкими осложнениями. Стоит отметить, что 141 случай субдуральной гематомы у акушерских пациенток (48%) – это очень много. Почти половина всех случаев приходится на акушерскую анестезиологию: при кесаревом сечении 76, при обезболивании родов 65 случаев. Было выявлено 4 случая абсцесса (66,7%) у акушерских пациенток после кесарева сечения. Это еще раз подчеркивает необходимость четкой диагностики ППГБ и в случаях неэффективного лечения (консервативного или после пломбирования аутокровью) проведения КТ/МРТ головного мозга для дифференциальной диагностики.

Влияние различных доз карбетоцина на трансмуральную дисперсию реполяризации миокарда у здоровых рожениц при плановом кесаревом сечении под спинальной анестезией: проспективное рандомизированное клиническое исследование

В проведенном исследовании 50 здоровых рожениц были рандомизированы для внутривенного (IV) болюса карбетоцина 50 мкг (С50) или 100 мкг (С100) с помощью инфузомата в течение 1 минуты. Электрокардиограмма (ЭКГ) в 12 отведениях была сделана до операции, через 5 минут после спинальной анестезии, затем через 5 и 10 минут после введения карбетоцина. Кардиолог, не знающий группы и времени ЭКГ, измерил **QTc** (QTc — скорректированная (относительно частоты сердечных сокращений) величина интервала QT) и **Tr-e** (Интервал Tr-e представляет разницу между временем эпикардальной и мимиокардальной реполяризации, являясь неинвазивным маркером трансмуральной дисперсии реполяризации) с использованием критериев Эмори. Первичным результатом было изменение Tr-e через 5 минут после введения карбетоцина между группами С50 и С100 и внутри каждой группы по сравнению с исходными значениями. Вторичные результаты включали возникновение аритмий, изменения QTc через 5 и 10 минут после приема карбетоцина, изменения QTc и Tr-e после спинальной анестезии по сравнению с исходным уровнем между группами и внутри групп.

Были проанализированы данные 41 роженицы со средним (стандартное отклонение [SD]) возрастом 39,0 (0,7) лет и весом 75,0 (12,0) кг. Между группами через 5 минут после введения карбетоцина Tr-e в С100 был на 4,1 миллисекунды больше по сравнению с С50 (95% доверительный интервал [CI] 0,8–7,5; $P = 0,01$). Внутри групп через 5 минут после введения карбетоцина С50 не увеличивал значимо Tr-e по сравнению с исходным уровнем (средняя разница [MD] 1,9 миллисекунды; 95% ДИ, от -0,95 до 4,81 миллисекунды; $P = 0,42$), но С100 увеличивал (MD 5,1 миллисекунды; 95% ДИ, 2,1–8,1; $P = 0,003$). QTc значительно увеличился в группах С50 и С100 через 5 и 10 минут после введения карбетоцина (все $P < 0,001$) без различий между группами. Аритмий не было.

Авторы сделали вывод, что на Tr-e не влияло внутривенное введение С50 при кесаревом сечении у здоровых рожениц под спинальной анестезией, но минимально увеличивался при введении С100. Увеличение QTc после введения карбетоцина было статистически значимым, но без явного дозозависимого эффекта. Минимальное удлинение Tr-e при более высокой дозе вряд ли окажет какое-либо клинически значимое влияние на трансмуральную депрессию реполяризации.

Clunies-Ross N, Roston TM, Taylor J. et al. The Effect of Carbetocin Dose on Transmural Dispersion of Myocardial Repolarization in Healthy Parturients Scheduled for Elective Cesarean Delivery Under Spinal Anesthesia. *Anesth Analg.* 2021; 132(2): 485-492.



Образовательный проект
АССОЦИАЦИИ АКУШЕРСКИХ
АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ
для молодых специалистов здравоохранения

Новое поколение АААР

МЫ ПРИГЛАШАЕМ:

- врачей, возраст которых на момент подачи заявки менее 35 лет;
- студентов и аспирантов медицинских вузов.

анестезиологов-реаниматологов, хирургов,
акушеров-гинекологов, клинических фармакологов

МЫ ПРЕДЛАГАЕМ:



ЧЛЕНСТВО
в Ассоциации ААР
бесплатно
до достижения 35 лет;



ВЫСТУПЛЕНИЕ
на вебинаре
Ассоциации ААР
+ авторский гонорар;



ПУБЛИКАЦИЯ
в «Вестнике акушерской
анестезиологии»
+ авторский гонорар;



ПОДДЕРЖКА
финансирование
перспективного
научного исследования.

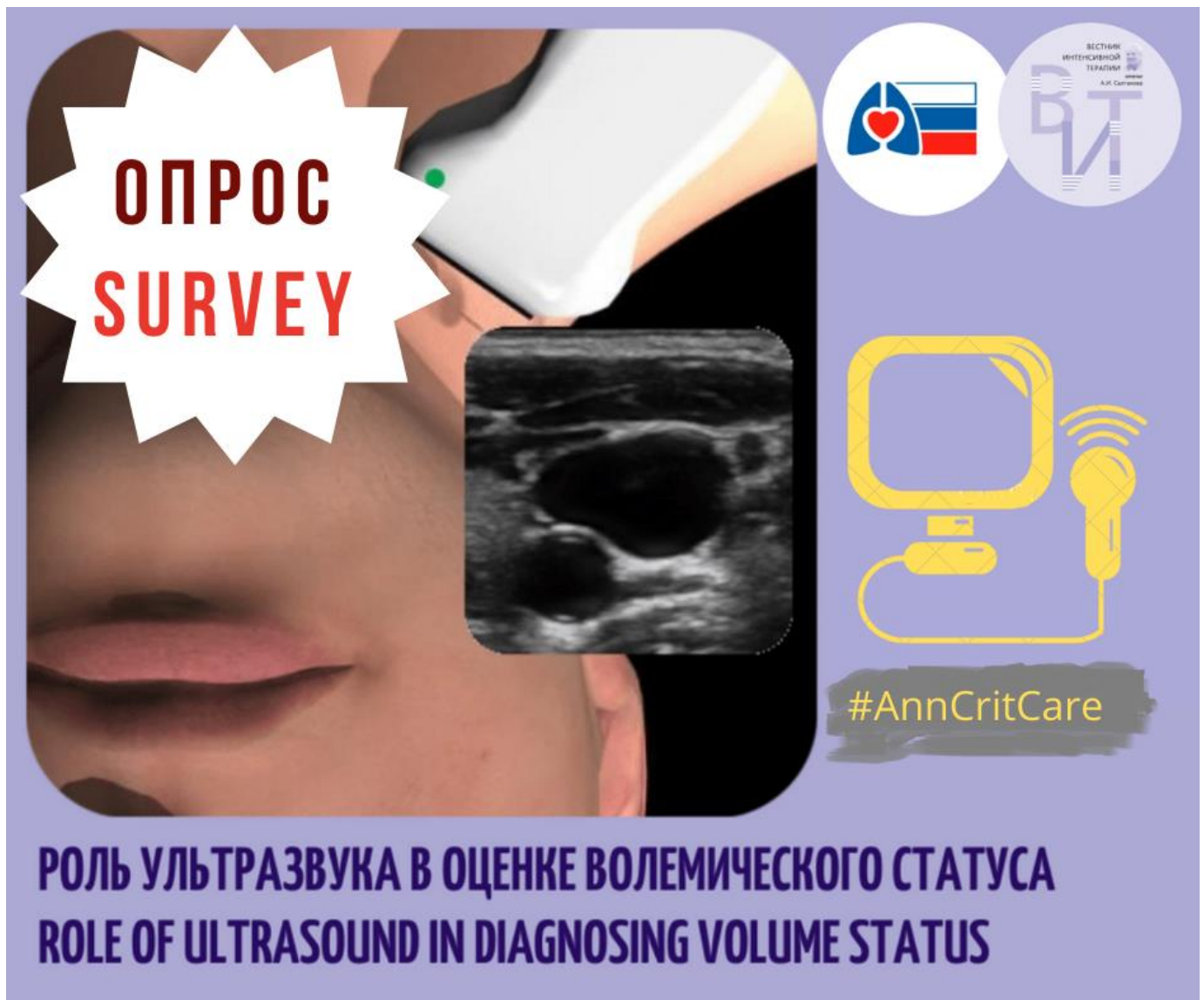
WWW.ARFPOINT.RU

ДАЙДЖЕСТ ПУБЛИКАЦИЙ

ВЕСТНИК ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ИМЕНИ А.И. САЛТАНОВА «УЛЬТРАЗВУК В ОЦЕНКЕ ВОЛЕМИЧЕСКОГО СТАТУСА»

Переходите по ссылке и принимайте участие в опросе:

<https://ru.surveymonkey.com/r/BT7JQQD>



**ОПРОС
SURVEY**

**РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКА В ОЦЕНКЕ ВОЛЕМИЧЕСКОГО СТАТУСА
ROLE OF ULTRASOUND IN DIAGNOSING VOLUME STATUS**

#AnnCritCare

ВЕСТНИК ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ИМЕНИ А.И. САЛТАНОВА

Сравнительный анализ материнской смертности в Дальневосточном и Сибирском федеральном округах

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

DOI: 10.20953/1726-1678-2020-6-117-123

Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2020, том 19, №6, с. 117–123
Gynecology, Obstetrics and Perinatology, 2020, volume 19, No 6, p. 117–123

Сравнительный анализ материнской смертности в Дальневосточном и Сибирском федеральном округах

Т.Е.Белокриницкая¹, Н.В.Артымук², О.С.Филиппов³, Е.М.Шифман⁴, М.Н.Сурина², Н.И.Фролова¹¹Читинская государственная медицинская академия, Чита, Российская Федерация;²Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Российская Федерация;³Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова, Москва, Российская Федерация;⁴Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского, Москва, Российская Федерация

Цель. Сравнительный анализ показателей и структуры материнской смертности (МС) в Дальневосточном (ДВФО) и Сибирском (СФО) федеральных округах за период 2014–2019 гг.

Материалы и методы. Статистическая база данных сформирована на основе карт экстренных извещений о случаях материнской смертности (69 – в ДВФО и 180 – в СФО). Математический анализ включал методы описательной статистики, χ^2 -тест, относительный шанс (ОШ) и его 95%-й доверительный интервал (95% ДИ).

Результаты. За период 2014–2018 гг. динамика показателя МС в ДВФО и СФО имела однонаправленную тенденцию: снижалась в течение 2014–2017 гг. и резко увеличилась в 2018 г. преимущественно за счет влияния социального фактора. В 2019 г. отмечены существенный рост показателя МС в ДВФО и снижение в СФО. Сходным является преобладание в структуре МС экстрагенитальных заболеваний. Различия выявлены в структуре акушерских причин: в ДВФО лидировали преэклампсия и акушерские кровотечения; в СФО – эмболии и преждевременная отслойка плаценты.

Заключение. Выявленная динамика и структура МС в ДВФО и СФО требуют принятия управленческих решений, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи с учетом клинических рекомендаций, организации непрерывного текущего аудита, а также систематической наработки практических навыков работы в команде в симуляционных тренинговых центрах и на местах.

Ключевые слова: Дальневосточный федеральный округ, материнская смертность, Сибирский федеральный округ

Для цитирования: Белокриницкая Т.Е., Артымук Н.В., Филиппов О.С., Шифман Е.М., Сурина М.Н., Фролова Н.И. Сравнительный анализ материнской смертности в Дальневосточном и Сибирском федеральном округах. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2020; 19(6): 117–123. DOI: 10.20953/1726-1678-2020-6-117-123

Comparative analysis of maternal mortality in the Far Eastern and Siberian Federal Districts

Т.Е.Белокриницкая¹, Н.В.Артымук², О.С.Филиппов³, Е.М.Шифман⁴, М.Н.Сурина², Н.И.Фролова¹¹Chita State Medical Academy, Chita, Russian Federation;²Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russian Federation;³A.I.Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russian Federation;⁴M.F.Vladimirsky Moscow Regional Research and Clinical Institute, Moscow, Russian Federation;

Objective. To perform comparative analysis of parameters and structure of maternal mortality (MM) in the Far Eastern Federal District (FEFD) and Siberian Federal District (SFD) in 2014–2019.

Materials and methods. The database for analysis was generated using map-based emergency notifications of maternal deaths (69 in FEFD and 180 in SFD). We used methods of descriptive statistics, Pearson's χ^2 -test, and calculated odds ratios (ORs) with 95% confidence intervals (95% CIs).

Results. Between 2014 and 2018, the dynamics of MM in the FEFD and SFD had a one-way trend: it decreased in 2014–2017, but dramatically increased in 2018 primarily due to social factors. In 2019, we observed a significant growth of MM in the FEFD, while the SFD demonstrated a reduction of MM. The most common cause of maternal death in both districts was extragenital diseases. However, there were some differences in the structure of obstetric causes: in FEFD, preeclampsia and obstetric hemorrhage were the most frequent obstetric causes of death, while in SFD, women primarily developed embolism and placental abruption.

Для корреспонденции:

Белокриницкая Татьяна Евгеньевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета Читинской государственной медицинской академии

Адрес: 672000, Чита, ул. Горького, 39а

Телефон: (3022) 32-3058

E-mail: tanbell24@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5447-4223>

Статья поступила 28.04.2020 г., принята к печати 28.12.2020 г.

For correspondence:

Tatyana E. Belokrinitskaya, MD, PhD, DSc, professor, head of the department of obstetrics and gynaecology, pediatric faculty, Chita State Medical Academy

Address: 39a Gorky str., Chita, 672000, Russian Federation

Phone: (3022) 32-3058

E-mail: tanbell24@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5447-4223>

The article was received 28.04.2020, accepted for publication 28.12.2020

117

Полная версия статьи на [сайте](#) журнала

МЕДИЦИНСКОЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЖЕНЩИН С МЕРТВОРОЖДЕНИЕМ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ: НАЦИОНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

© Коллектив авторов, 2020

Мысовская Ю.С.¹, Маршалов Д.В.¹, Шифман Е.М.², Шиндяпина Н.В.¹ МЕДИЦИНСКОЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЖЕНЩИН С МЕРТВОРОЖДЕНИЕМ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ: НАЦИОНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

¹ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, 410012, Саратов, Российская Федерация;

²ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского», 129110, Москва, Российская Федерация

В Российской Федерации показатель мёртворождаемости в 2018 г. составил 5,51 на 1000 родившихся живыми и мёртвыми, что практически в 2 раза превышает данный показатель в США и Европе. Целью работы являлось проведение рейтингового анализа отдельно для каждого из всех факторов, влияющих на выбор тактики ведения родов и послеродового периода у женщин с мёртворождением. **Материал и методы.** Был разработан опросник, состоящий из 23 вопросов на русском языке. Всего в опросе приняли участие 402 русскоязычных медицинских работников.

Результаты. Большинство респондентов (49,7%) встречаются с пациентками с мёртворождением нечасто. Легко выстраивать поддерживающее общение с данными пациентками 59,5% респондентов. При этом 70% опрошенных считают, что контакт матери и мёртворождённого ребёнка оказывает негативное влияние на психоэмоциональное состояние матери как в момент родов, так и в долгосрочной перспективе, и лишь 27,7% специалистов выясняют при этом желание самой пациентки. Эпидуральную анальгезию как оптимальный метод обезболивания родов с мёртворождением выбирают 57,2% респондентов. Более половины респондентов (57,7%) считают, что пациентки с мёртворождением удовлетворены качеством оказания медицинской помощи. Большинство респондентов (74,1%) дали позитивную оценку качеству оказания медицинской помощи пациенткам с мёртворождением в их лечебных учреждениях. При этом медицинские работники (89,3%) считают необходимым разработку клинических рекомендаций, посвящённых данной проблеме.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют об отсутствии в настоящий момент единой тактики ведения перипартального периода у пациенток с мёртворождением. Имеется необходимость разработки клинических рекомендаций по данной проблеме.

Ключевые слова: мёртворождение; обезболивание родов; седация; этические аспекты.

Для цитирования: Мысовская Ю.С., Маршалов Д.В., Шифман Е.М., Шиндяпина Н.В. Медицинское и психологическое сопровождение женщин с мёртворождением в перинатальном периоде: национальное исследование. *Региональная анестезия и лечение острой боли.* 2020;14(4):176-184. DOI: <http://doi.org/10.17816/1993-6508-2020-25-3-176-184>.

Для корреспонденции: Мысовская Юлия Сергеевна, ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 410012, Саратов, Россия. E-mail: yulya-mys@yandex.ru.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Вклад авторов:

Концепция и дизайн исследования – Маршалов Д.В.

Сбор и обработка материала – Мысовская Ю.С., Шиндяпина Н.В.

Статистическая обработка – Шифман Е.М.

Написание текста – Мысовская Ю.С., Маршалов Д.В., Шиндяпина Н.В.

Редактирование – Шифман Е.М.

Mysovskaya Y.S.¹, Marshalov D.V.¹, Shifman E.M.², Shindyapina N.V.¹

MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF WOMEN WITH STILLBIRTH IN THE PERINATAL PERIOD: A NATIONAL STUDY

¹Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky, 410012, Saratov, Russian Federation;

²M.F. Vladimirskiy Moscow Regional Research Clinical Institute, 129110, Moscow, Russian Federation

In the Russian Federation, the stillbirth rate in 2018 was 5.51 per 1000 live and dead births, which is almost twice the figure in the United States and Europe. This study aimed to conduct a rating analysis separately for each factor that influences the selection of techniques for the management of labor and the postpartum period in women with stillbirth.

Material and methods. A questionnaire was developed, which consisted 23 questions in Russian. A total of 402 Russian-speaking medical workers took part in the survey.

Results. In this study, 49.7% of the respondents seldom encounter patients with stillbirth. Moreover, 59.5% of the respondents find it easy to create a supportive communication with these patients, 70% believed that contact between the mother and her stillborn child has a negative influence on her psychoemotional state both at the time of delivery and in the long term, and only 27.7% found that mothers

176

Региональная анестезия и лечение острой боли Том 14 № 4 2020
DOI: <http://doi.org/10.17816/1993-6508-2020-14-4-176-184>

Оригинальные статьи

Полная версия статьи на [сайте](#) журнала

Минздрав России выпустил третью версию методических рекомендаций по организации медпомощи беременным и новорожденным с COVID-19



МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Организация оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным при новой коронавирусной инфекции COVID-19



Версия 3 (25.01.2021)

Полная версия статьи на [сайте](#) МЗ РФ



WWW.ARFPOINT.RU

Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов
Obstetrical Anesthesiologists Intensivists Association

ISSN 2686-8032 (Online)

online журнал

Вестник акушерской анестезиологии

№14(40)

2021

online journal **Obstetric Anesthesia Digest** Февраль

АССОЦИАЦИЯ АКУШЕРСКИХ
АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ



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: 119415, Москва, пр-т Вернадского, д. 41 стр. 1, офис 545

Языки — русский, английский

№14(40) Февраль 2021

№14(40) February 2021

Вестник акушерской анестезиологии
Obstetric anesthesia digest