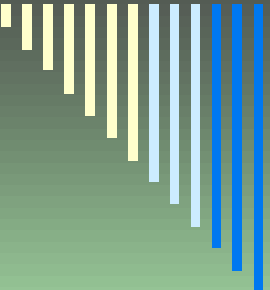


Здоровье матери и ребенка как междисциплинарная проблема

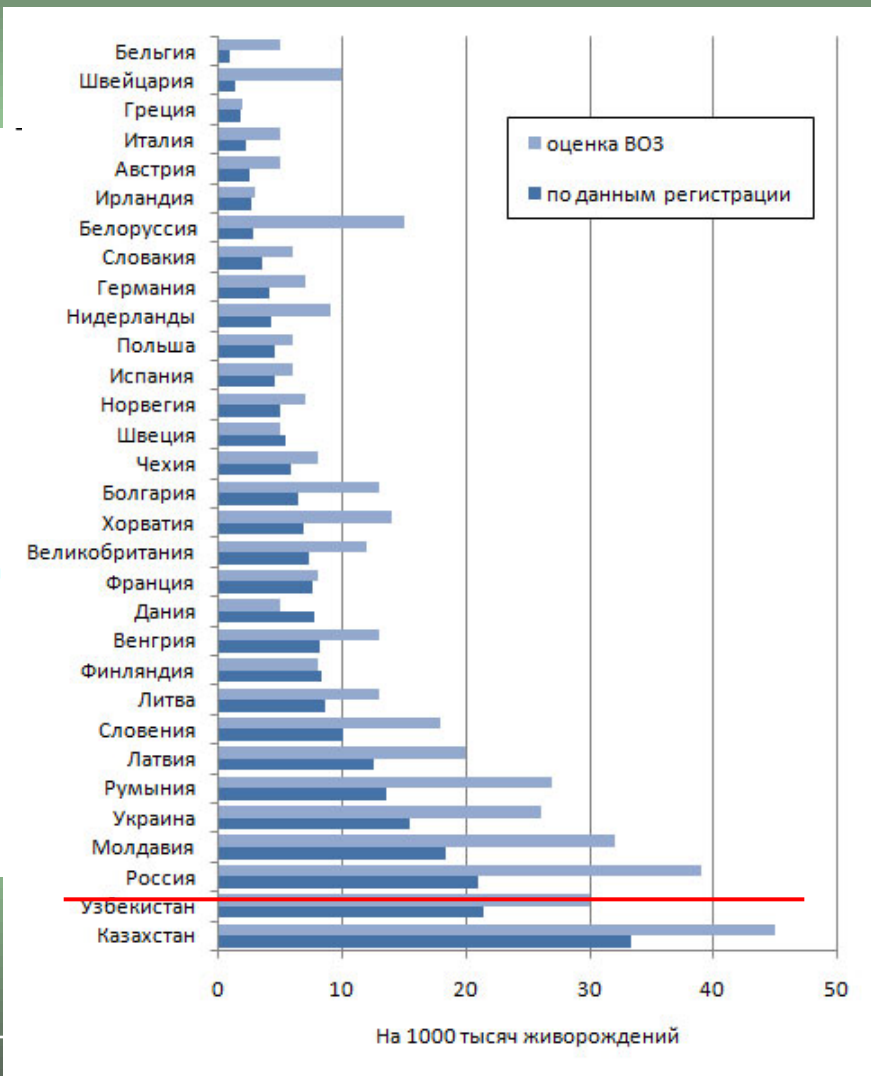
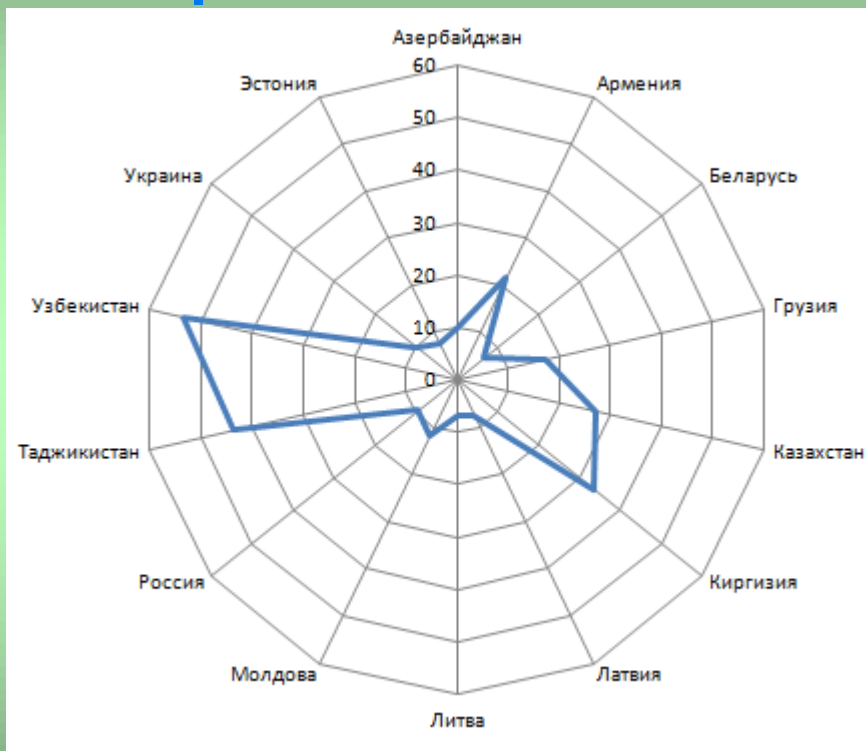
Главный анестезиолог-
реаниматолог Тюменской области,
д.м.н. Шень Н.П.



Материнская смертность и критические состояния в акушерстве

- От осложнений беременности и родов в мире ежегодно умирает 600.000 женщин
- Хронические инвалидизирующие состояния (по данным ООН) в результате родов развиваются у 18.000.000 женщин

Показатели МС в постсоветском пространстве и в мире по данным регистрации и оценкам ВОЗ





Едва выжившие - «near miss»

- В последние годы в литературе применяется новый термин – «едва выжившие» (или «едва не умершие») - т.е. перенесшие критические состояния с нарушением жизненно важных функций, потребовавшим лечения в ОРИТ, но без летального исхода.
- Перенесенное критическое состояние (в результате массивной кровопотери, эклампсии, шока, сепсиса) является патогенетической основой для развития хронической патологии и инвалидизации

Динамика показателей материнской смертности и случаев «near miss» в Тюменской области, 2000- 2010 гг.



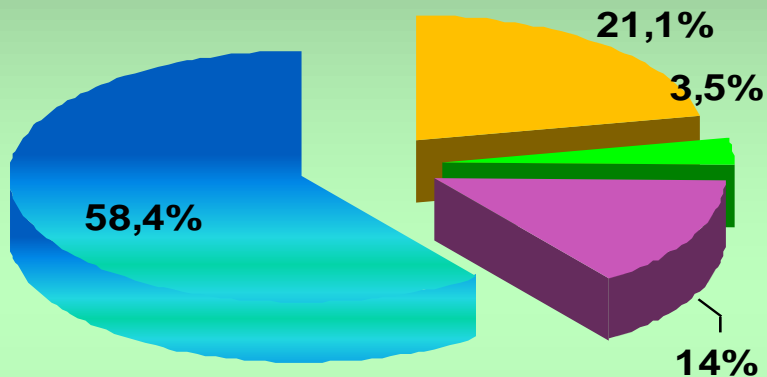
2000

2010

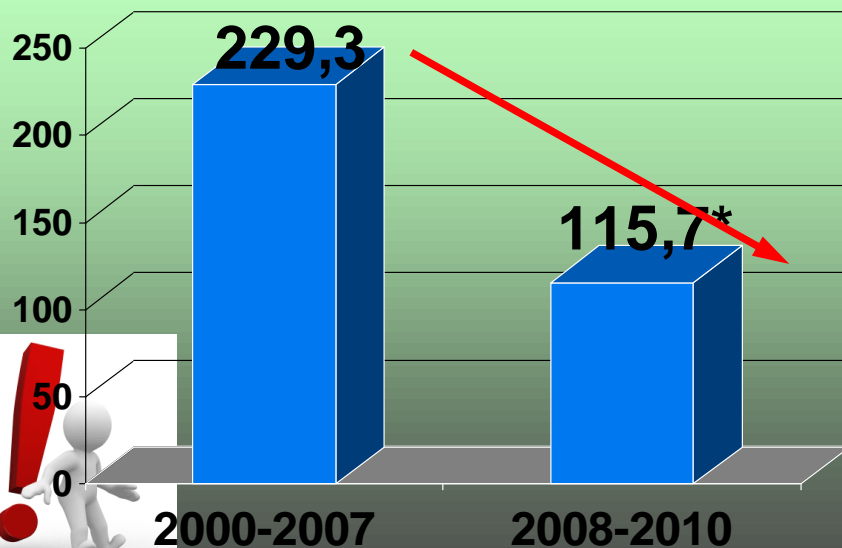
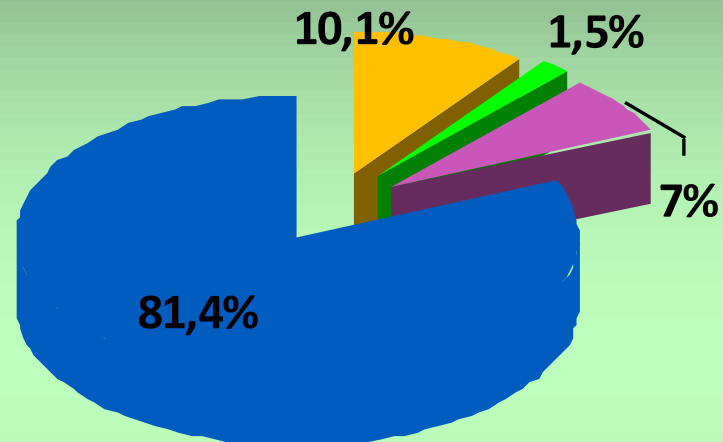
Число дефектов оказания МП по данным клинического аудита МС и НМС

Структура несостоявшейся материнской смертности, %

2000-2007 гг.



2008-2010 гг.

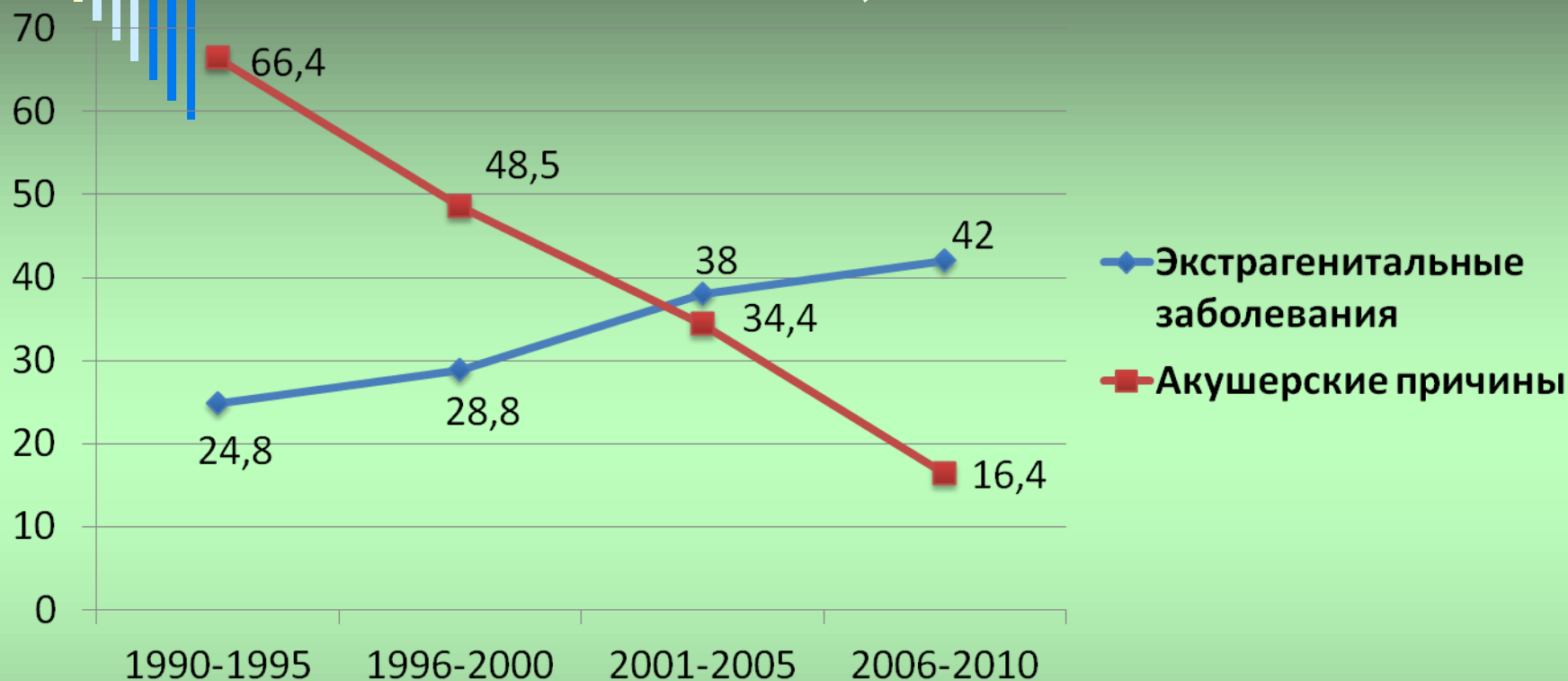


- Кровотечения
- Сепсис
- Осложнения преэклампсии
- ЭГЗ

■ показатель НМС ср.



Причины материнской смертности в Тюменской области в 1990-2010 гг., %



Тенденции современной медицинской помощи

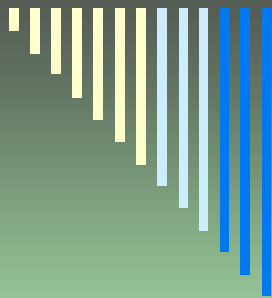
- Снижение показателя МС от управляемых причин, кровотечений, эклампсии.
- Исход критического состояния определяется скоростью оказания экстренной медицинской помощи, нередко оперативной.
- Фактор времени приобретает решающее значение и определяет исход.

Пациентка Б. поступила в сроке 42 недели с предлежанием плаценты, на высоте кровотечения, на учете не состояла



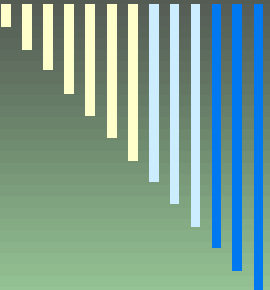
Плод/ребенок живой, на 1 балл по шкале Апгар
Консервативный гемостаз безуспешен,
экстирпация матки. Остановка сердца на фоне
массивной кровопотери, Hb 16 г/л, 40 минут
реанимационных мероприятий.





Первая неделя: кома II – I, ОРДС завершился за 2 дня, трахеобронхита и пневмонии нет (закрытые аспирационные системы)





Особенности течения постреанимационной болезни

- Гипернатриемия (до 158)
- Гиперосмолярность (до 320)
- Полиурия до 12 л в сутки
- Коагулопатия потребления
- Гиперметаболизм
- Иммуносупрессия

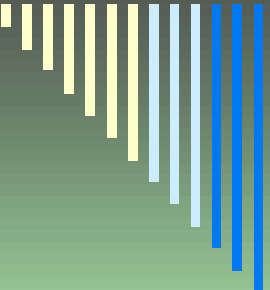
На 8-9 сутки больная открыла глаза





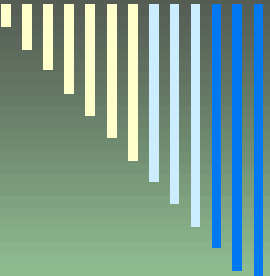
Проблемы, которые пришлось решать в данном случае:

- ОЦН (консультации со специалистами НИИ им. Склифосовского, КТ, Осмотры офтальмолога, неврологические осмотры и лечение в динамике)
- ОПН (консультации нефрологов, токсикологов, осмотры в динамике и лечение)
- Контроль ВБИ (осмотры и рекомендации клинического фармаколога)
- Проблема послеоперационного ведения - (гинекологи и общие хирурги)
- Синдром неадекватной секреции АДГ (консультация эндокринолога, терапевта, нефролога, невролога)
- Проблемы рожденного на 1 балл ребенка



Особенности критических состояний в акушерстве

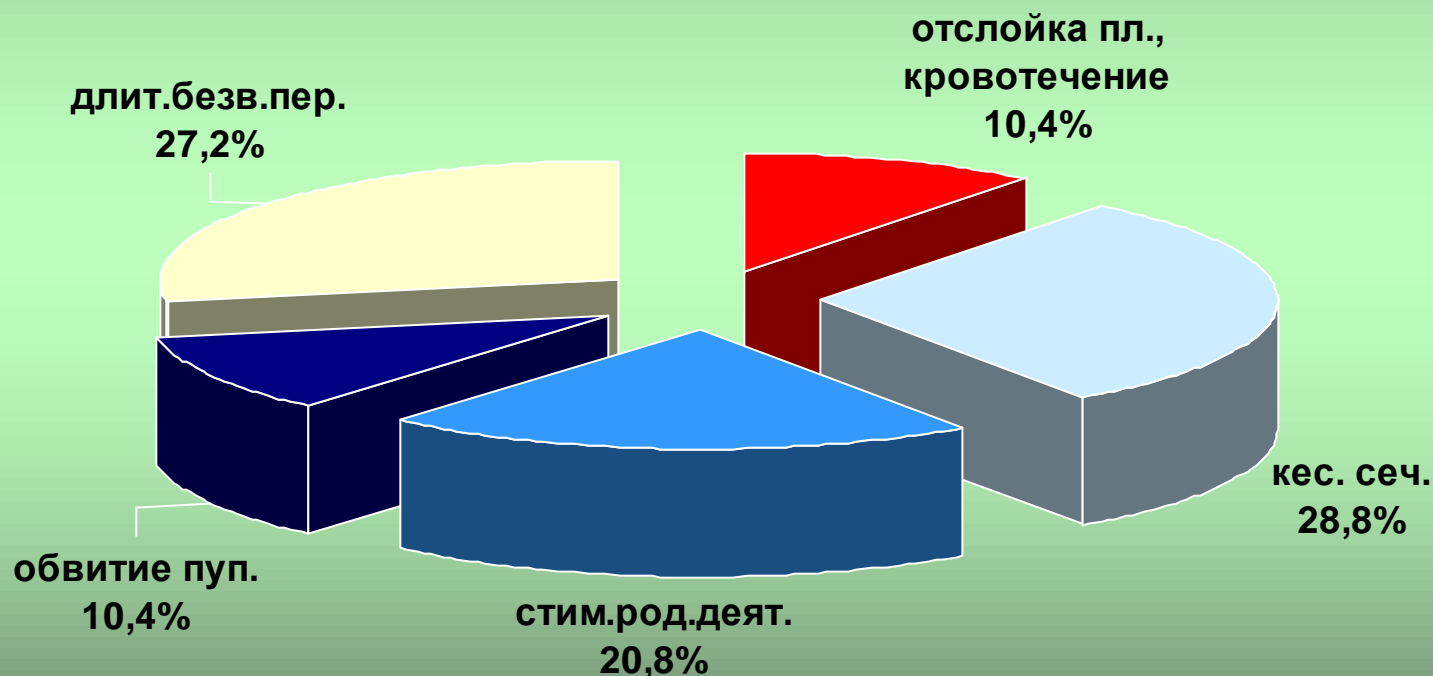
- Максимальная скорость развития патологического процесса - от фазы острых нарушений функций организма до критических расстройств со структурными нарушениями, вплоть до необратимых изменений жизненно важных систем;
- Исход патологического процесса определяется скоростью оказания экстренной медицинской помощи, нередко оперативной.
- Фактор времени приобретает решающее значение и определяет исход.



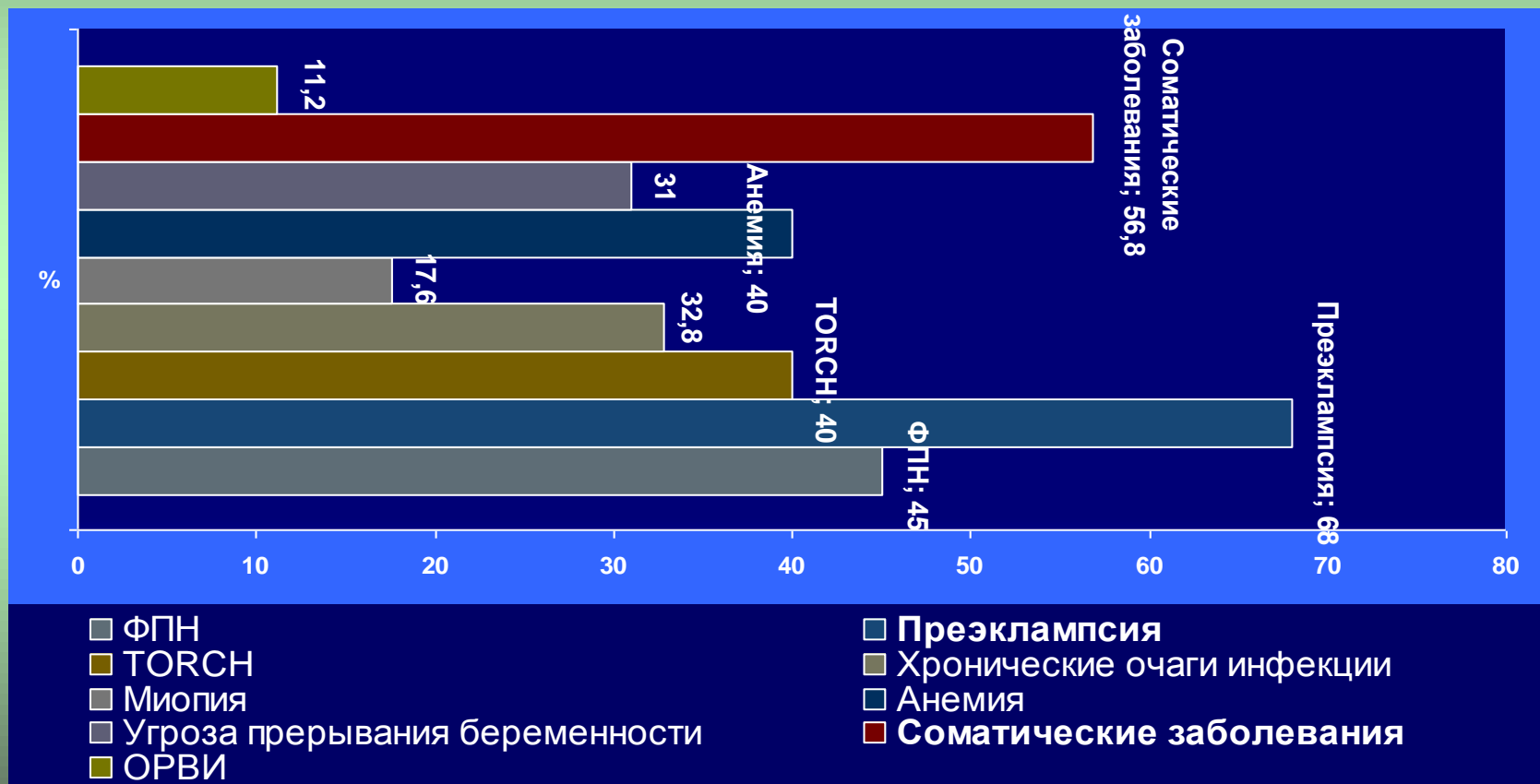
Критические состояния и осложнения в акушерстве, влияющие на здоровье будущего ребенка

- Кровотечения – массивная кровопотеря, ДВС, геморрагический шок
- Эклампсия
- Сепсис – септический шок
- Эмболии (ЭОПВ, ТЭЛА и др.)
- ОРДС
- ОПН-ОППН–ХПН
- Неврологические осложнения
- Травмы акушерские, смежных органов
- Анестезиологические осложнения
- Трансфузионные осложнения (ОПН-ХПН)

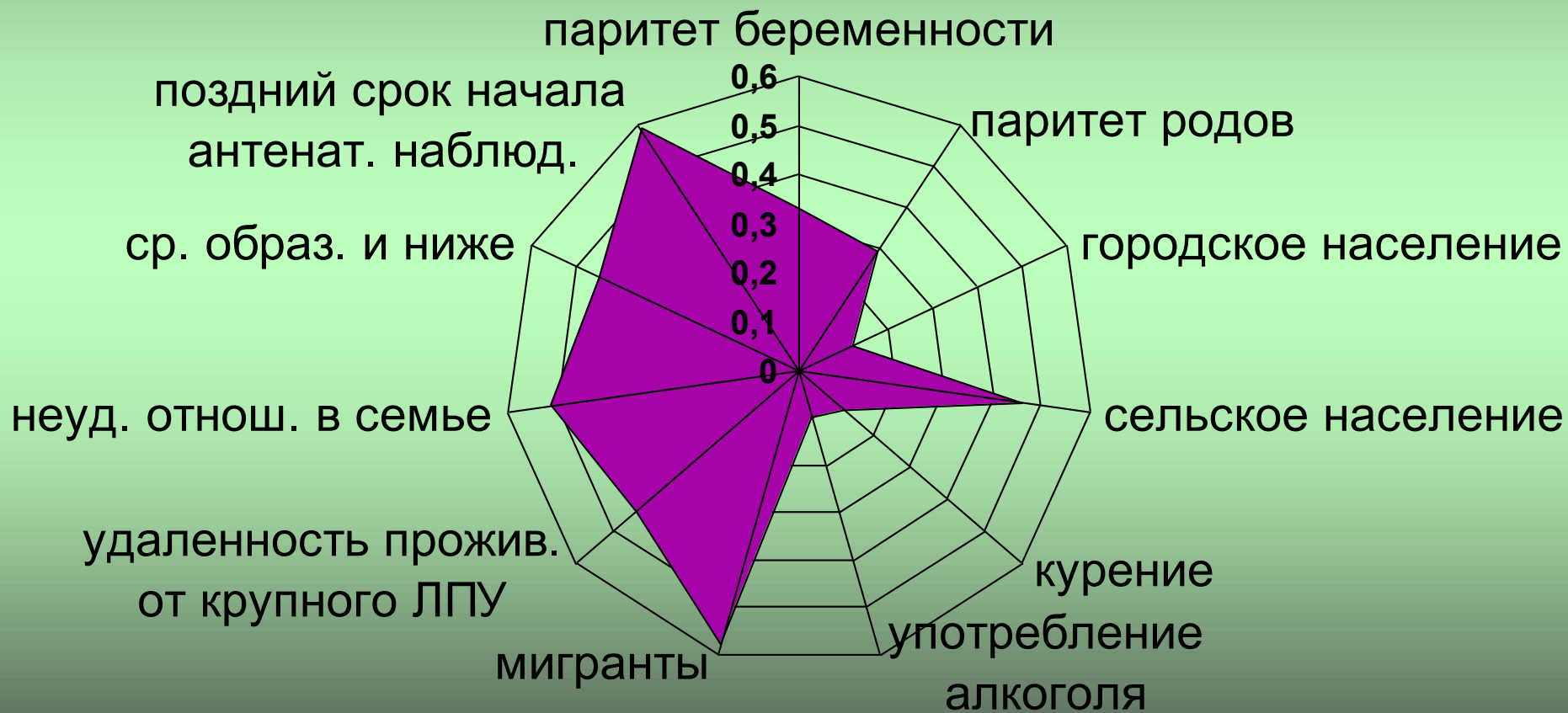
Интранатальные (анамнестические) факторы, повлиявшие на формирование перинатальной патологии у детей



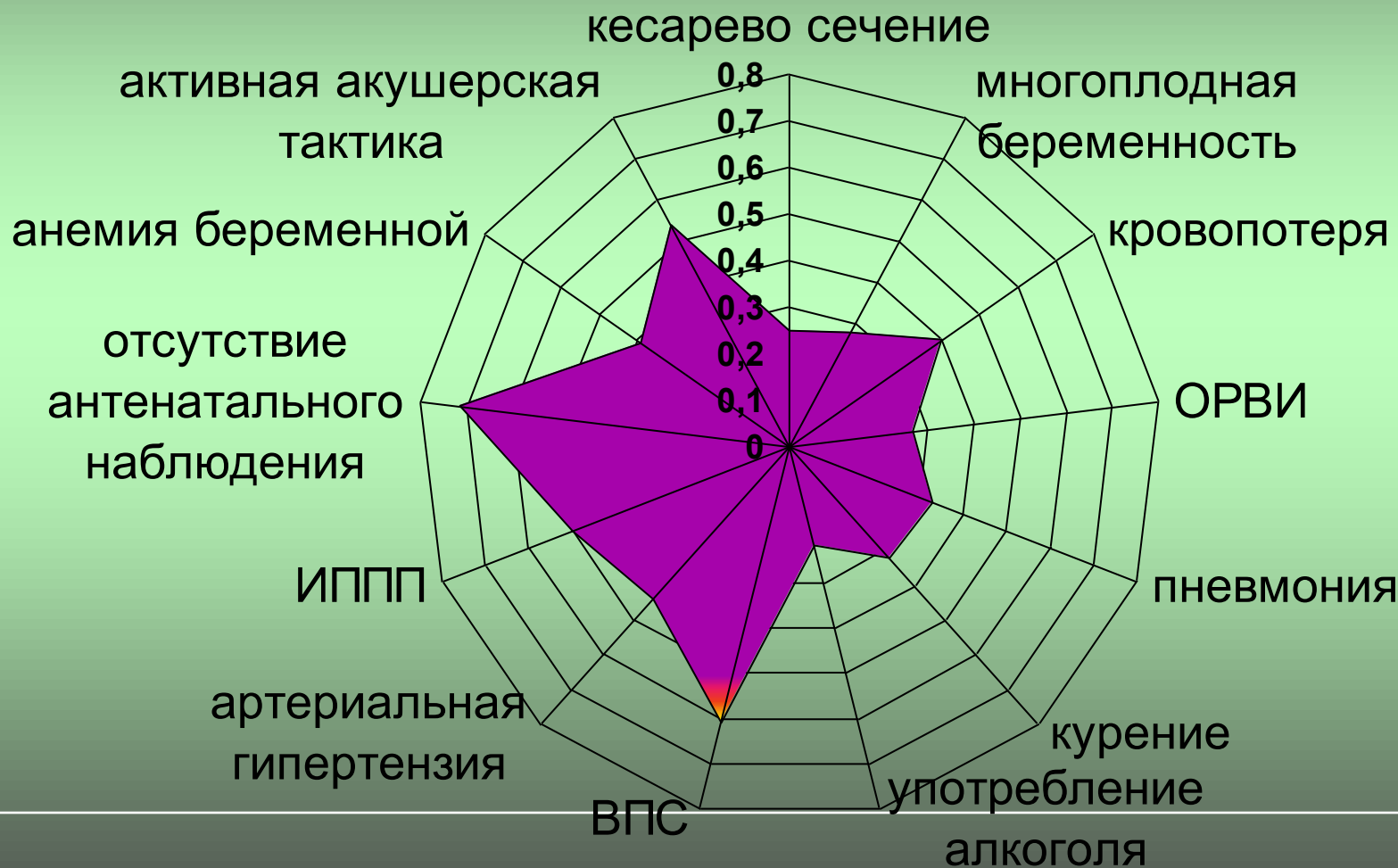
Отягощающие факторы пренатального периода



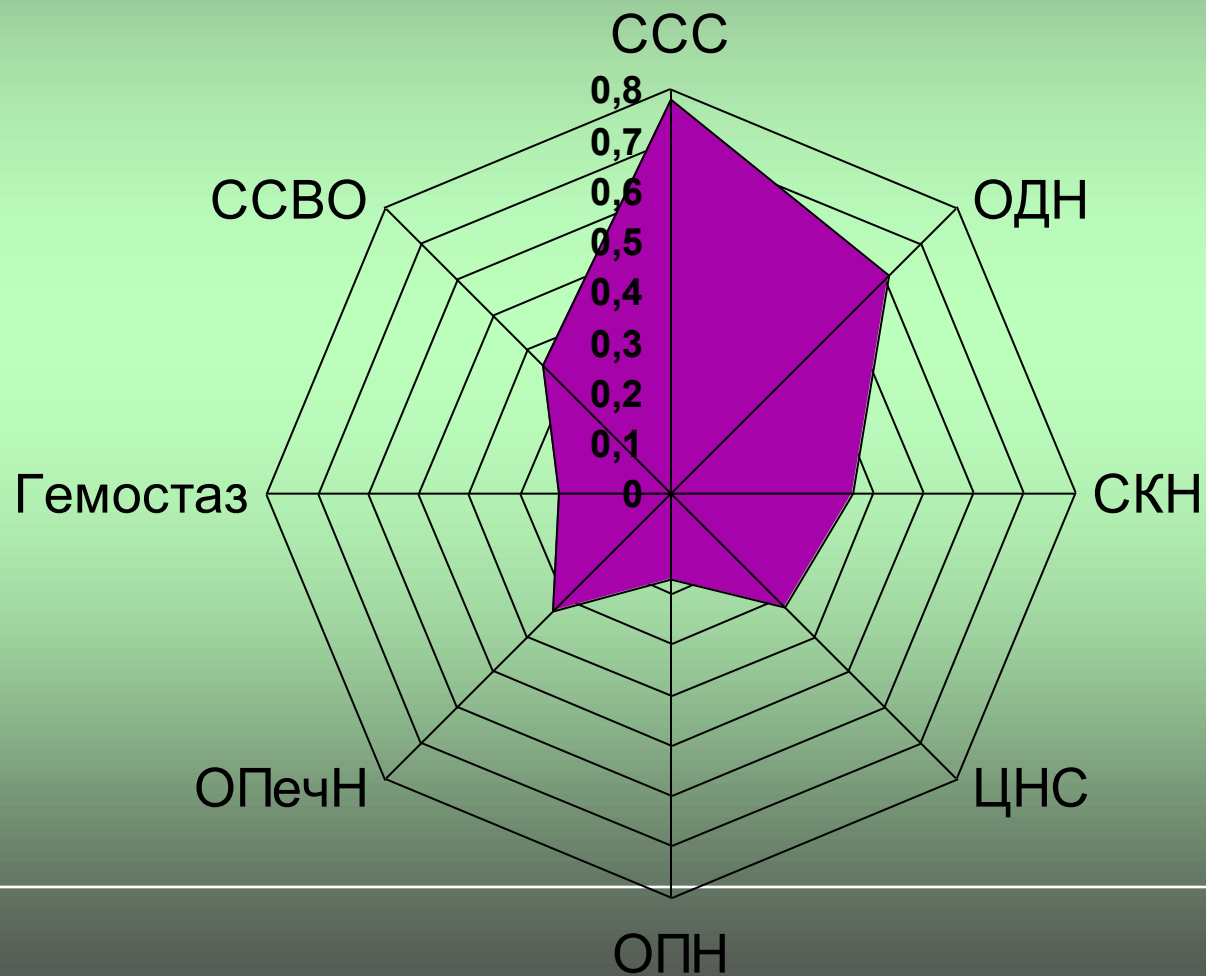
Корреляционная связь анамнестических данных и летального исхода у беременных



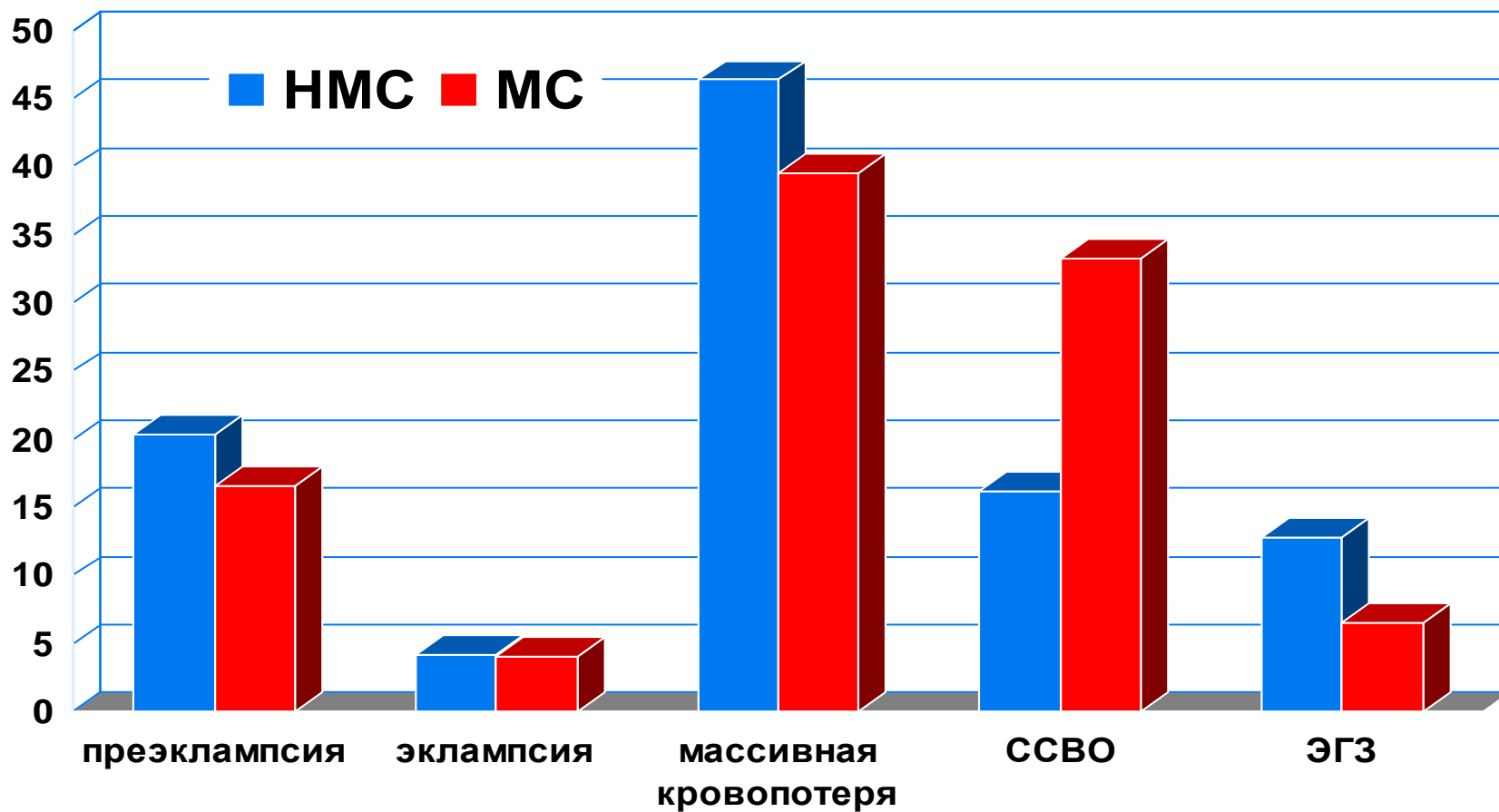
Корреляционная связь особенностей течения настоящей беременности и родов с летальным исходом



Корреляционная связь дисфункции различных систем с летальным исходом



Ведущий патологический синдром, определяющий тяжесть состояния женщин

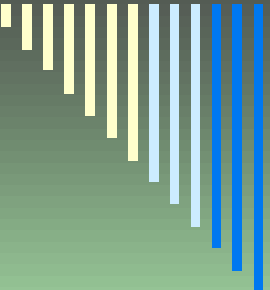


Сопряженность лабораторных показателей с летальным исходом, Δr

- не купируемая интраоперационная артериальная гипертензия;
- интраоперационное снижение SpO₂;
- гемоконцентрация при наличии выраженных отеков;
- снижение уровня общего белка, рост мочевины и креатинина, а также исходная гипергликемия и повышение АСТ;
- наличие в бактериальных культурах госпитальной флоры – Ps. Aeruginosae



- **При кровотечении:** уровень лактата 5,1 ммоль/л и более
- **При тяжелой преэклампсии:** рост азотистых шлаков, увеличение объема внутриклеточной жидкости
- **При сепсисе:** нарушения в системе гемостаза



Организационные аспекты предотвращения МС

- Майн Р.с соавт.(1990): «модель трех задержек» экстренной помощи, определяющих летальный исход (ВОЗ, 2002):
- 1- задержка на этапе принятия решения о необходимости срочной госпитализации (перевода) пациентки в квалифицированное учреждение;
- 2- проблема транспортировки, приобретающая иногда фатальное значение для пациентки (связь, дороги и пр.);
- 3- готовность принимающего учреждения к оказанию экстренной квалифицированной помощи в полном объеме, включая оперативную, реанимационную помощь

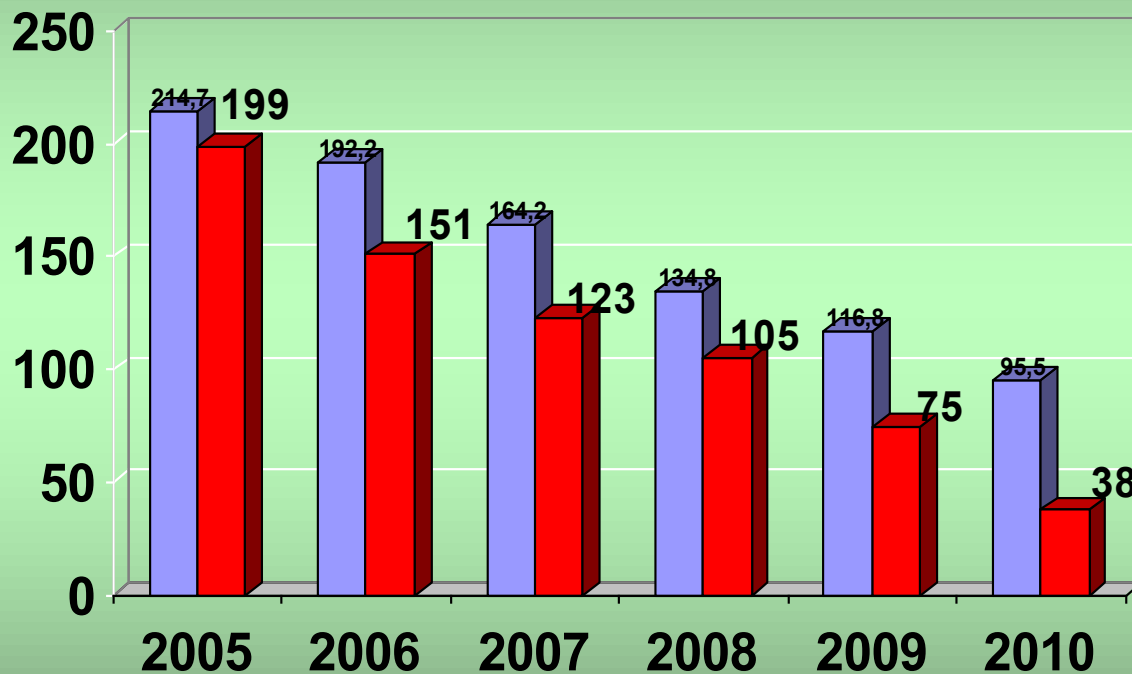


Досадные ошибки

- Опрометчивый выбор метода анестезиологического пособия
- Прекращение интенсивной терапии раньше, чем требует состояние пациентки
- Недооценка степени тяжести
- Отсутствие должного взаимодействия служб

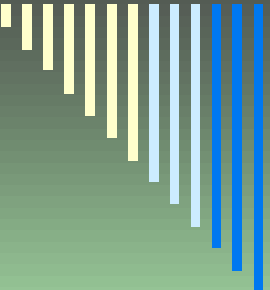
Динамика числа «near miss» и числа дефектов оказания медицинской помощи в Тюменской области

работа над ошибками



■ критические состояния

■ дефекты

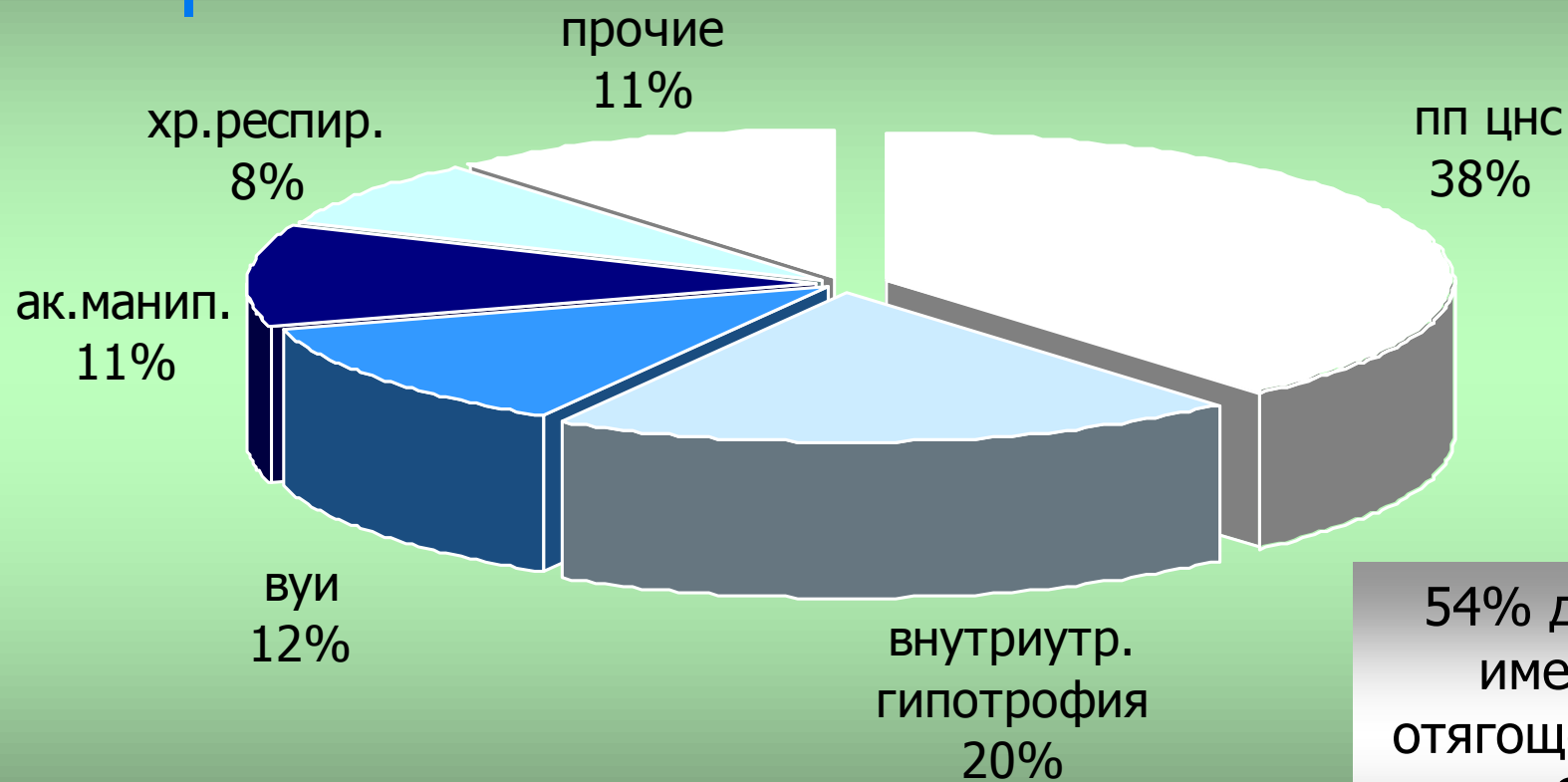


Частота патологии детей, связанной с неблагоприятным течением беременности и родов

Использованы данные 5 отделений:

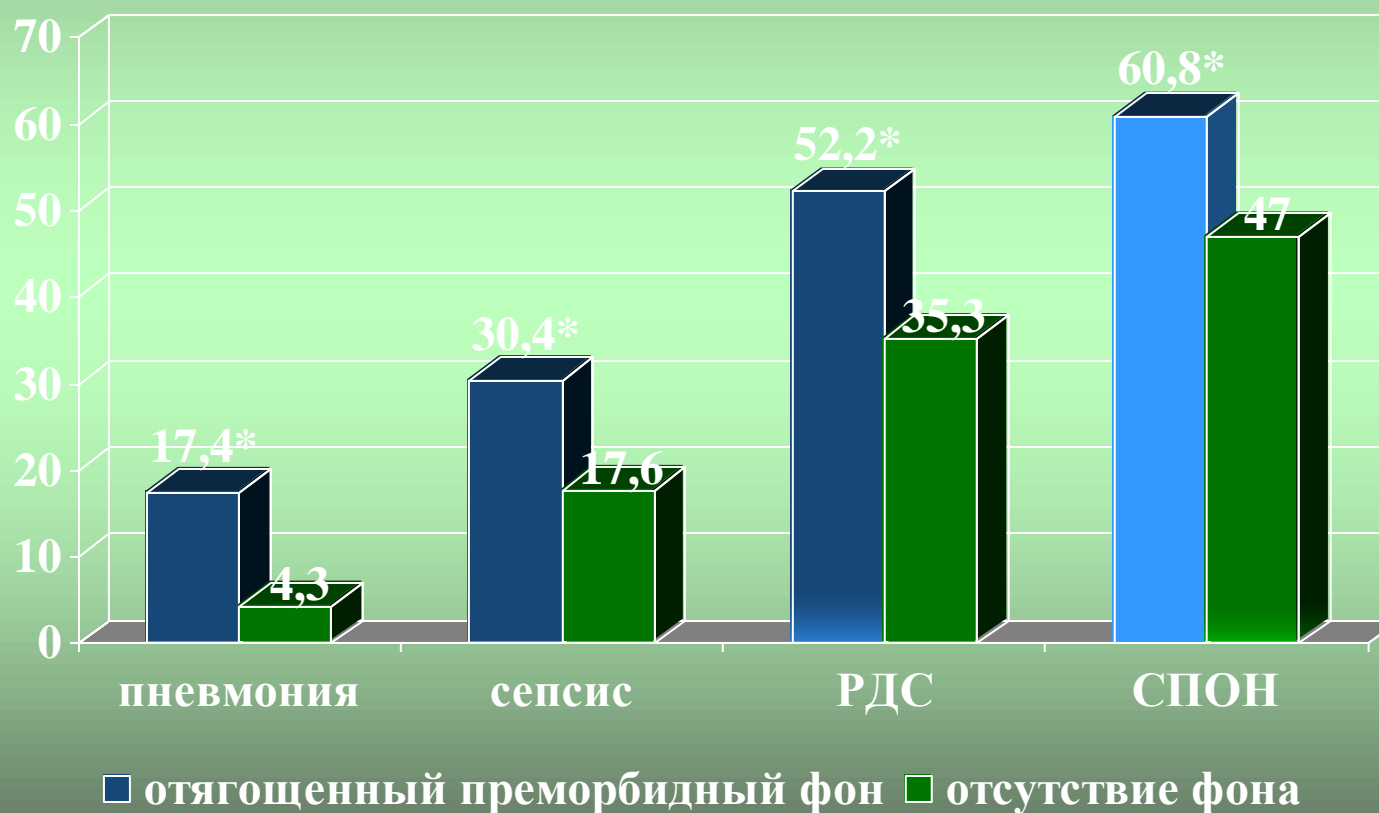
- ДГКБ №9, г. Екатеринбург (отделение реанимации, отделение неврологии)
- ДГКБ №5, г. Екатеринбург (отделение патологии новорожденных)
- ГЛПУ ТО «Перинатальный центр», г. Тюмень (отделение реанимации, отделение патологии беременных)
- ПП ЦНС в структуре патологии занимает ведущее место

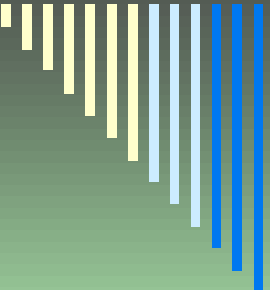
Ведущие факторы преморбидного фона у детей старше года, поступившим в ОРИТ, по данным ДГКБ №9, г. Екатеринбург



54% детей имеют отягощенный преморбидный фон!

Зависимость осложнений критических состояний у детей с отягощенным преморбидным фоном





Работа по профилактике критического состояния начинается на участке

- Особый мониторинг пациенток с привычным невынашиванием, бесплодием, курением (даже в анамнезе)
- Диагностика врожденных аномалий развития сосудов головного мозга
- Междисциплинарное сопровождение пациенток с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и повышенной массой тела
- Активный поиск тромбофилий (скрининг)
- Предгравидарная подготовка

ВИТРУМ ПРЕНАТАЛ ФОРТЕ



Значимость витаминов и минералов
для развития плода и течения беременности

Ежедневный прием 800 мкг фолиевой кислоты:

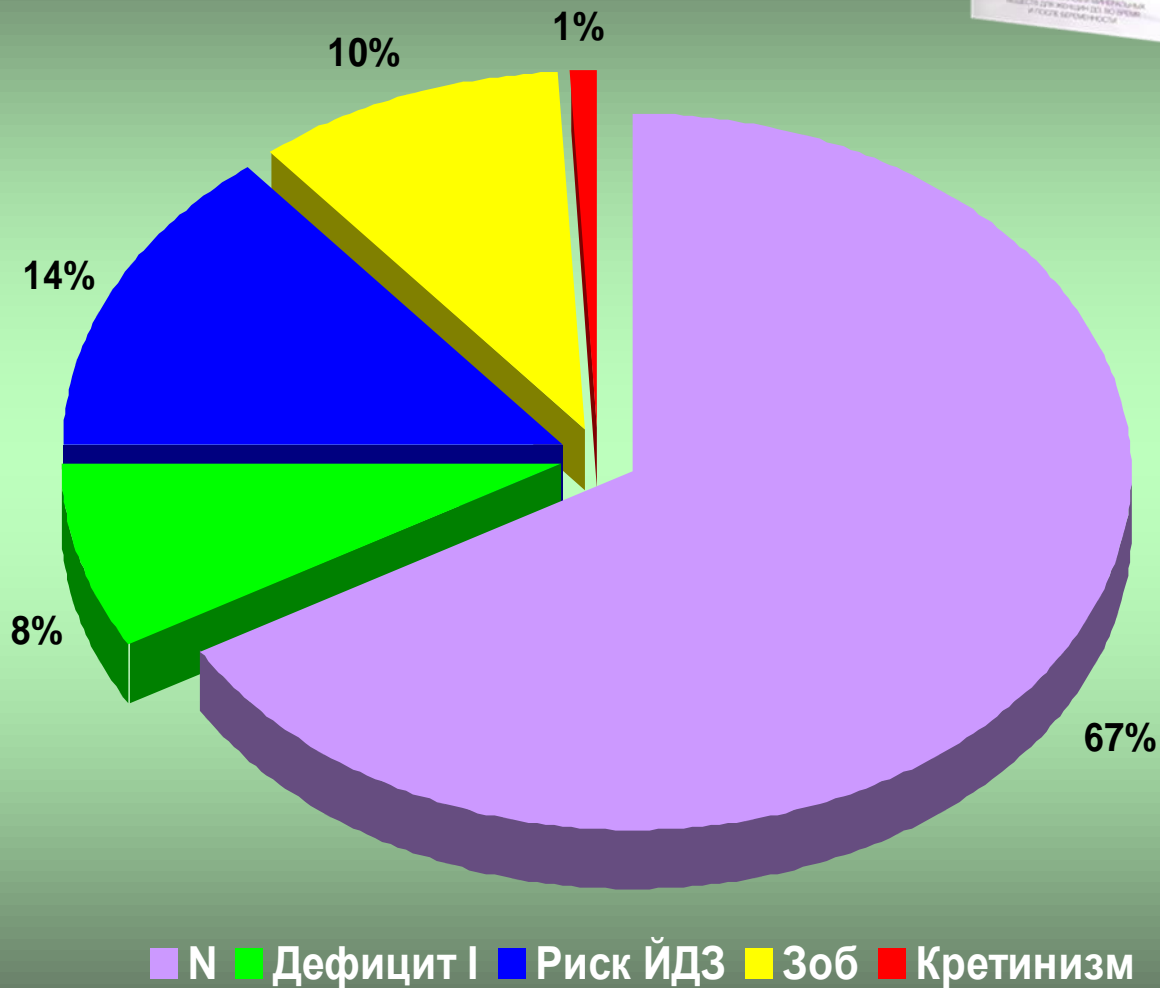
- Полностью снижает риск развития аномалий нервной трубки у плода*
- На 70% снижает риск развития у плода врожденных аномалий позвоночника
- Снижает риск развития железодефицитной анемии и гиповитаминозов у беременной
- Снижает риск развития невынашивания беременности
- Стимулирует кроветворную систему плода

* - Czeizel A. и Duglas I. в рандомизированном клиническом исследовании доказали, что применение мультивитаминного комплекса, содержащего 800 мкг фолиевой к-ты, снижает риск развития дефектов нервной трубки у плода на 100% (Венгрия, 1992, n>4000)

ДЕФИЦИТ ЙОДА В МИРЕ (ВОЗ, 2000г.)

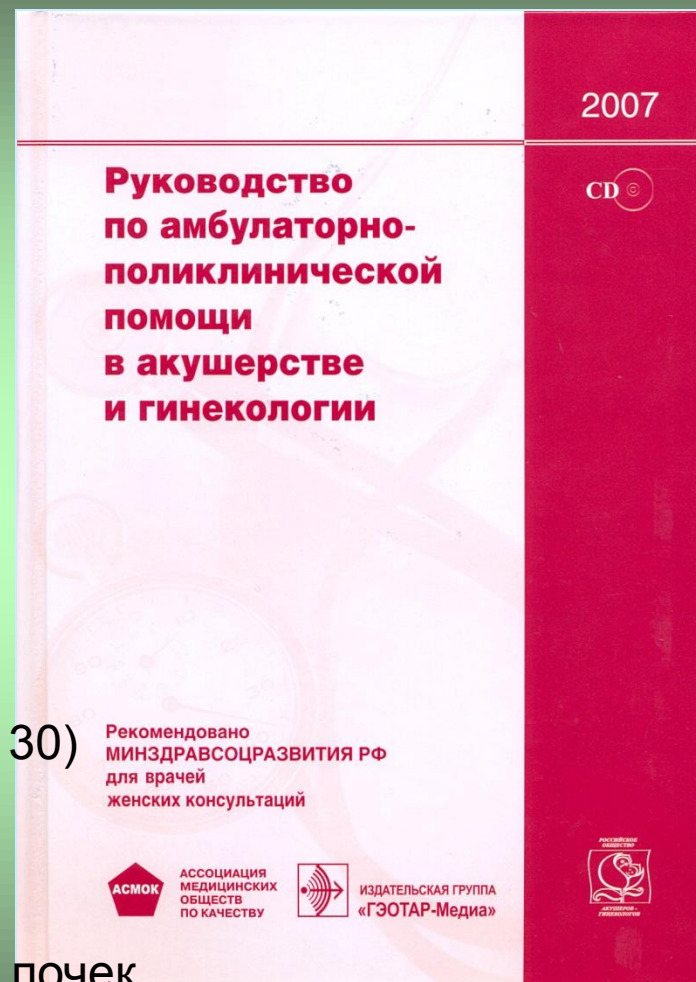
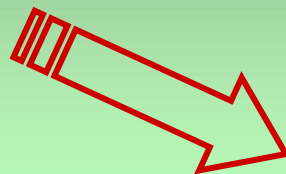


Беременные –
группа особого
риска по развитию
йоддефицита



Национальный проект «Здоровье», стандарты лечения

Витрум® Пренатал Форте
единственный комплекс,
рекомендованный
в период беременности
в Руководстве
для врачей поликлиник



Разделы:

- Периконцепционная профилактика (с.101)
- Рациональное питание беременной (с.108)
- Привычное невынашивание беременности (с.130)
- Гестоз (с.204)
- Беременность и заболевания сердечно-сосудистой системы (с.281)
- Беременность и воспалительные заболевания почек и мочевыводящих путей(с.307)

Что мы можем сделать для наших пациентов?



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

27 мая 2014 г.

г. Тюмень

№ 2590с

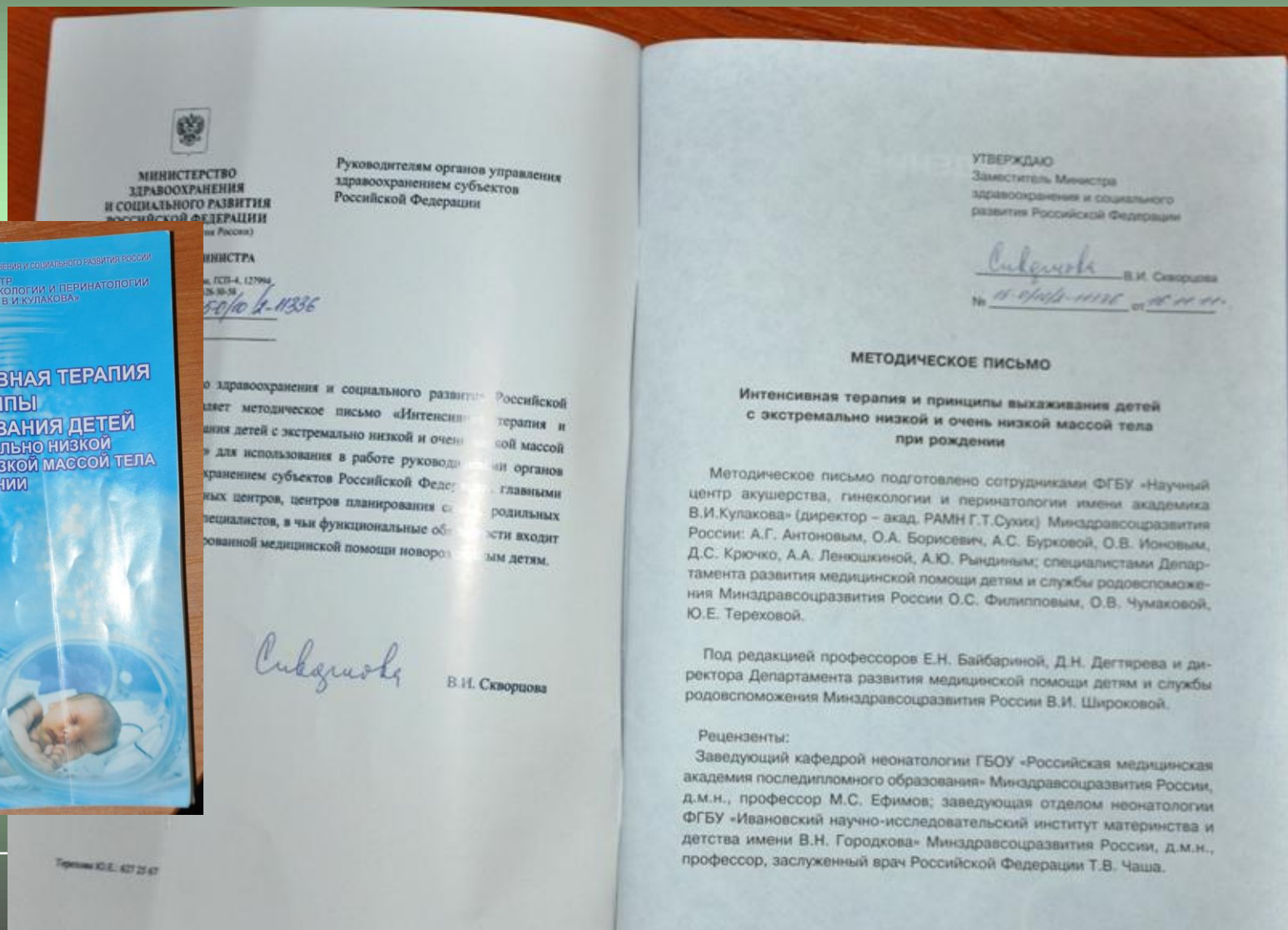
Об организации реанимационно-консультативных центров по оказанию специализированной акушерско-гинекологической, неонатологической, реанимационно-анестезиологической помощи женщинам и новорожденным в Тюменской области



Ключевые позиции приказа

- Регламент работы акушерского дистанционного реанимационно-консультативного центра (АРКЦ)
- Организация срочного (неотложного) выезда в учреждения здравоохранения и экстренной транспортировки беременных, рожениц и родильниц
- Сильное диспетчерское сопровождение и подробная регистрация
- Элементы формализации документации = удобства обработки и формулировки выводов и рекомендаций по улучшению качества оказания помощи

Применение единого информационного пространства

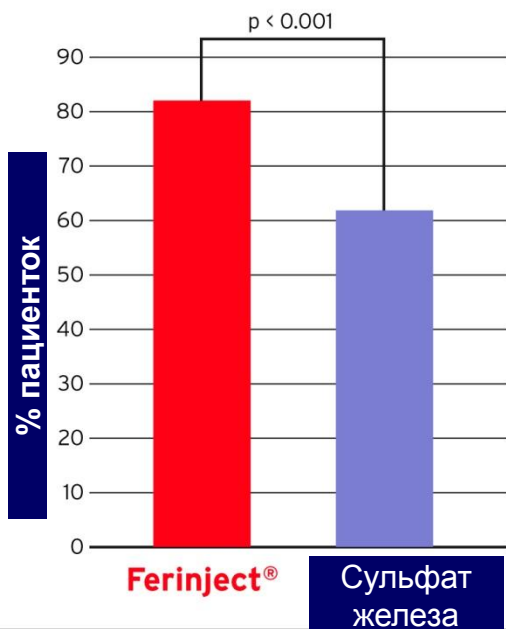


Более широкое внедрение методов профилактики развития критического состояния, контроль готовности персонала, тренинги

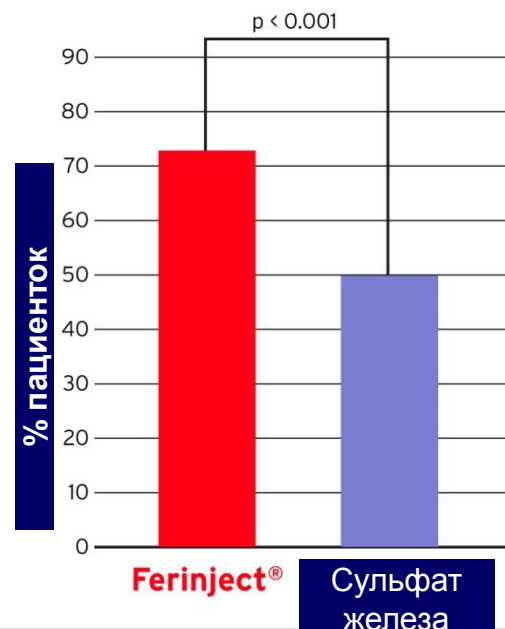


Терапия внутривенными препаратами железа (исследование 1VIT04002/1VIT04003)

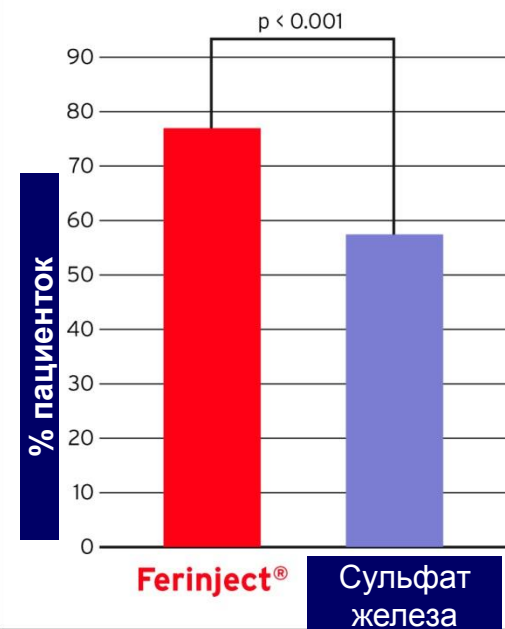
Достоверно больше пациенток
с увеличением Hb ≥ 2 г/дл



Достоверно больше пациенток
с достижением Hb > 12 г/дл



Достоверно больше пациенток
со стойким успехом лечения

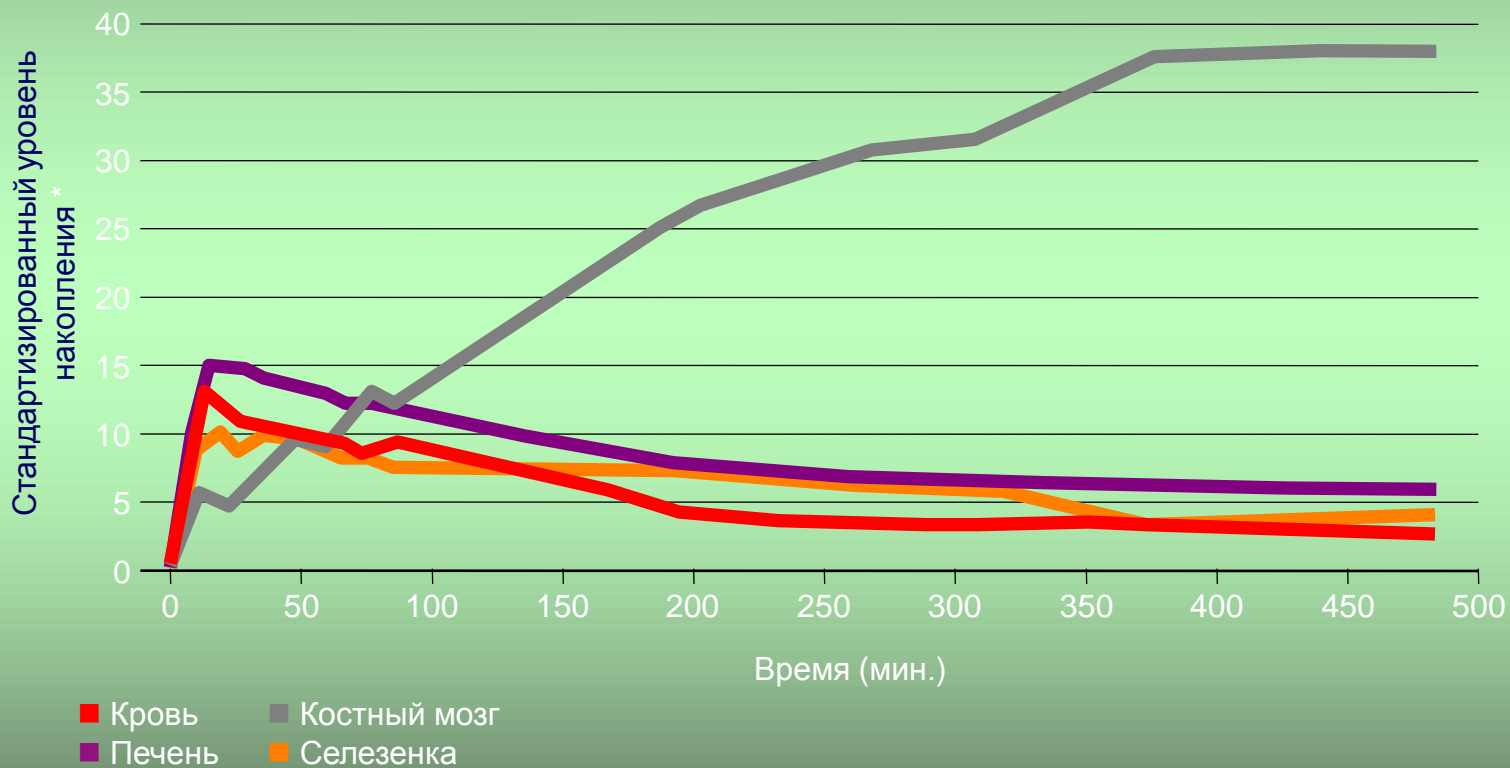


Феринжект (карбоксимальтоза) **достоверно более эффективен**, чем пероральный препарат железа, в коррекции анемии и восполнении запасов железа **и позволяет достичь стойкого успеха.**

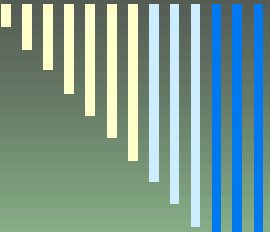
Является препаратом выбора, если лечение становится необходимым во втором или третьем триместре беременности [Christoph P, Schuller C, Studer H, Irion O, De Tejada BM, Surbek D. J Perinat Med. 2012 May 13;40(5):469-74.]

Уникальная способность Феринжекта – селективная доставка железа в костный мозг

Быстрое поступление карбоксимальтозы железа в костный мозг



Beshara S, 2003



Феринжект: доказанная эффективность в клинических исследованиях

Феринжект® доказал высокую степень эффективности и безопасности в терапии:

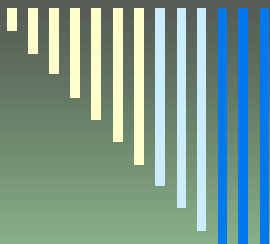
- ✓ Анемии у пациентов с хронической сердечной недостаточностью¹⁾
- ✓ Анемии у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника²⁾
- ✓ Анемии у пациентов с хронической почечной недостаточностью³⁾
- ✓ **Анемии у акушерско-гинекологических пациентов⁴⁾**

1) Anker SD et al. *N Engl J Med* 2009;361:2436-48.

2) Kulnigg S et al. *Am J Gastroenterol* 2007;102:1-11

3) Macdougall IC et al. *J Am Soc Nephrol* 2009; 20: 660 (Poster SA-PO2402).

4) Breymann C et al. *Int J Gynecol Obstet* 2008;101:67-73



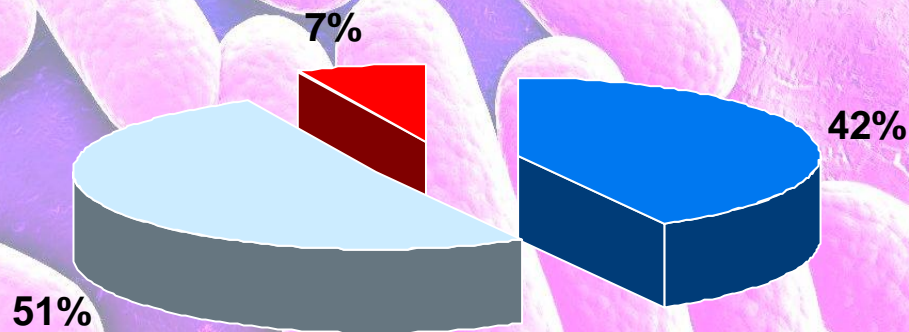
Раннее пробуждение после анестезии

Взаимосвязь между седацией и инфекцией

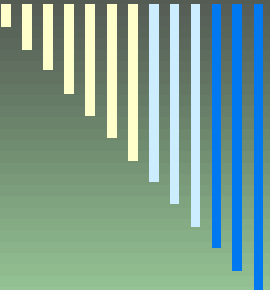
	Type of infection	Odds Ratio	p
Bomstain, 2004 France	Ранняя VAP	1,9 (1,2 -3,1)	0,03
Schwacha, 2006 USA	НП, ожоги	1,2 (1,0 – 1,5)	0,049
Methney, 2006 USA	VAP	2,3 (1,3 -3,4)	0,006
Nseir, 2009 France	ОРИТ - НИ	5,7 (3,7 – 8,9)	0,001

Аудит соблюдения правильности дозы антибактериального препарата, 2011 г., г. Тюмень

- ☐ Соответствие введенной дозы и расчетной согласно нозологии, веса больного и цели назначения АБП

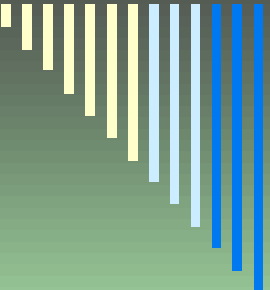


- полное соответствие
- ниже необходимого
- выше необходимого



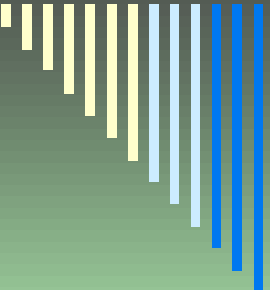
2013 год, чувствительность Klebsiellae sp.
(% чувствительных штаммов)

- Гентамицин – 22%
- Амикацин – 66%
- Ципрофлоксацин – 6%
- Имипенем – 100%
- Эртапенем – 87%



2013 год, чувствительность Ps. Aerug.
(% чувствительных штаммов)

- Амикацин – 53%
- Ципрофлоксацин – 48%
- Цефепим – 65%
- Цефтазидим – 59%
- Меропенем – 60%
- Имипенем – 50%



2013 год, чувствительность Acineto- (% чувствительных штаммов)

- Амикацин – 0%
- Ципрофлоксацин – 0%
- Ампициллин/сульбактам – 22%
 - Меропенем – 21%
 - Имипенем – 26%
- Цефоперазон/сульбактам – 26%
 - Тигециклин – 54%

как жить дальше?



Путь преодоления антибиотикорезистентности – комбинированные препараты

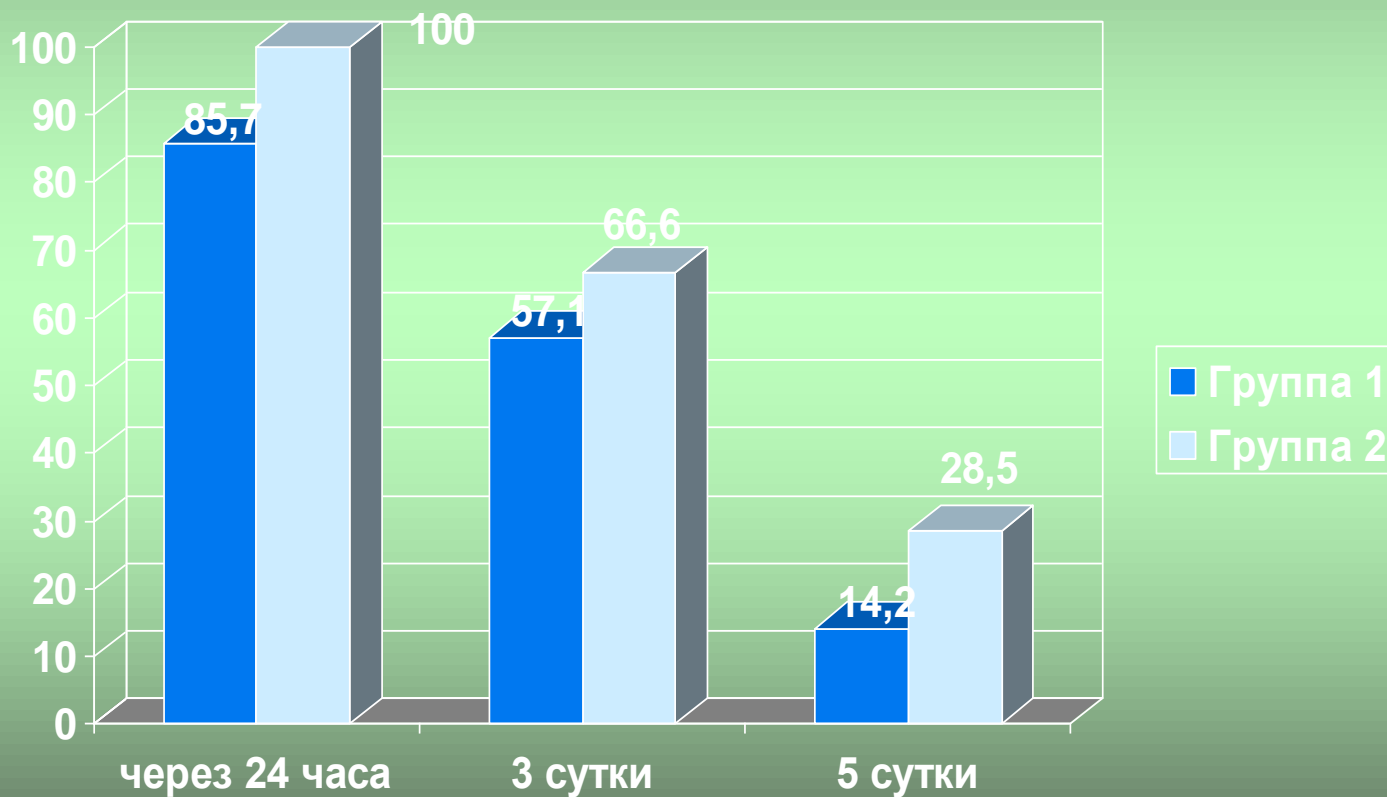
- ❑ Сульбактам
- ❑ Эффективен в отношении *Pseudomonas*, *Bacteroides*, *Acinetobacter*, *Neisseria*, *Moraxella*
- ❑ Основное действие сульбактама связано со способностью ингибировать β -лактамазы, повышая бактерицидные свойства второго компонента
- ❑ Ампициллин+Сульбактам: сульбактам выступает синергистом ампициллина, делая ранее устойчивые штаммы бактерий чувствительными к антибиотику



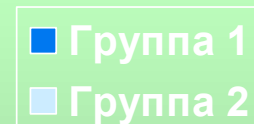
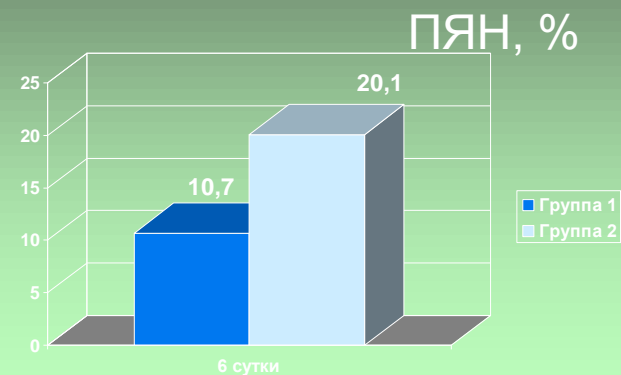
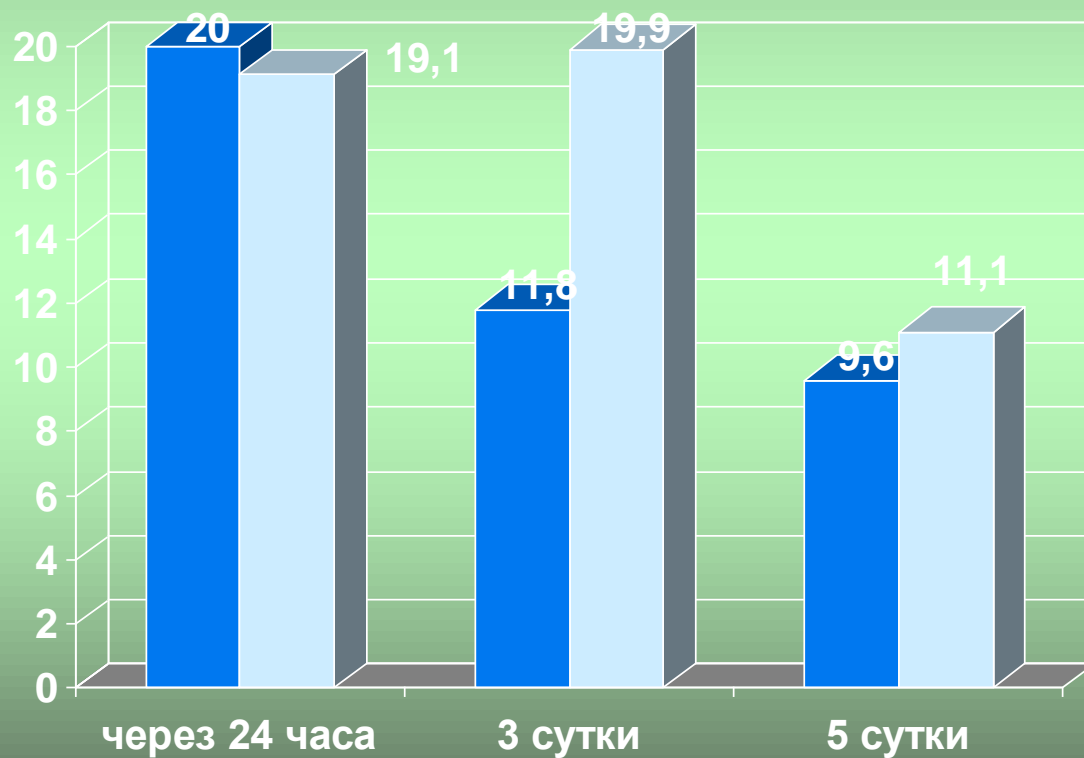
Анализ стартовой АБТ при критических состояниях в ОРИТ

- У 28 пациентов (50%, 1 группа) в качестве старта использован ампициллин+сульбактам (Амписид) – **1 группа**
- у 14 (25%) – амоксициллин+клавуланат (Аугментин или Амоксиклав), у 14 (25%) монофторированный фторхинолон второго поколения ципрофлоксацин (Ципринол), данные пациенты (n=28) – **2 группа**
- Все препараты активны в отношении бета-лактамаз расширенного спектра действия, высокоэффективны по отношению практически ко всем грам- «-» и грам- «+» возбудителям.

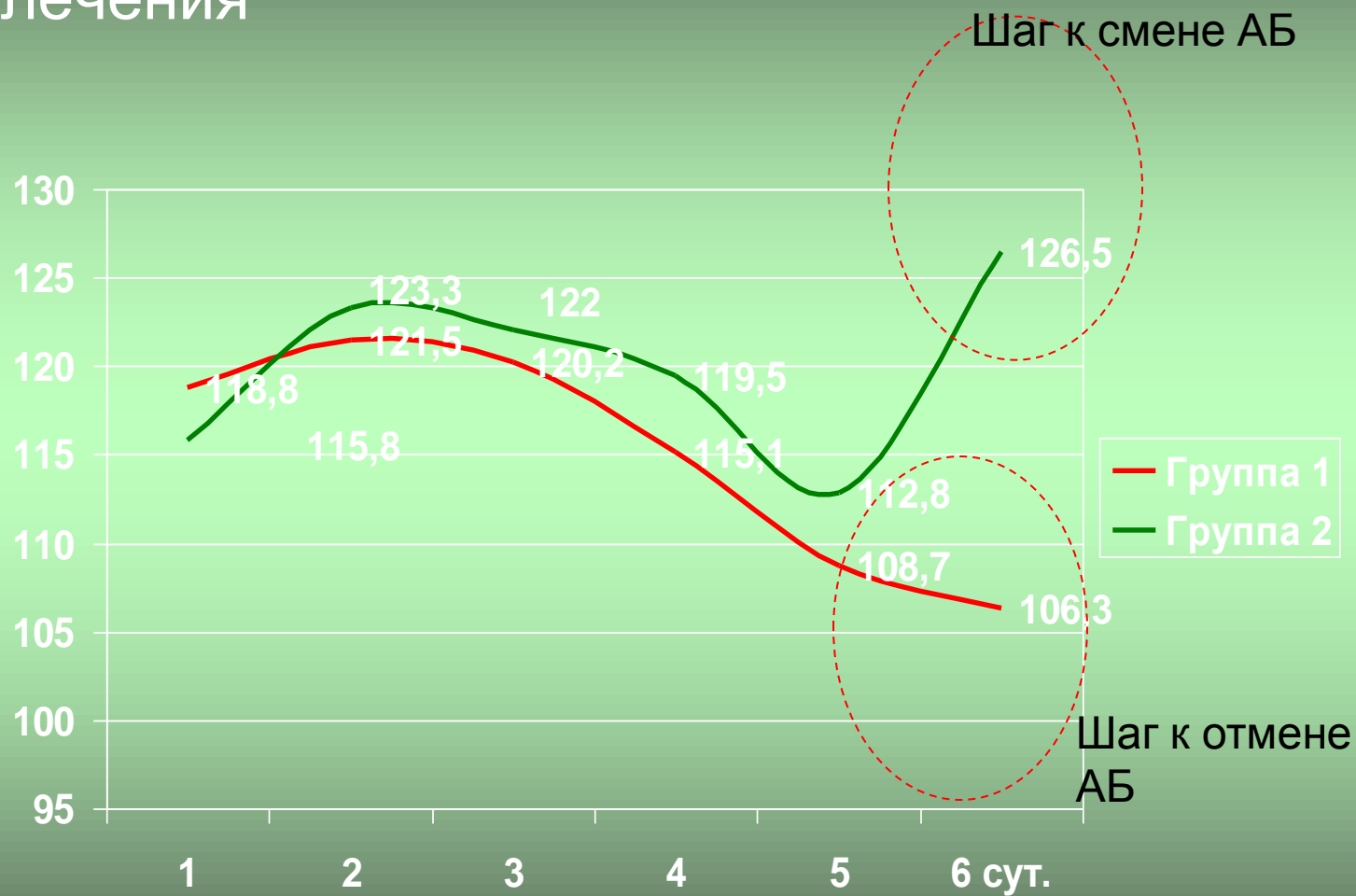
Эффективность: (число положительных бак-посевов) в процессе лечения



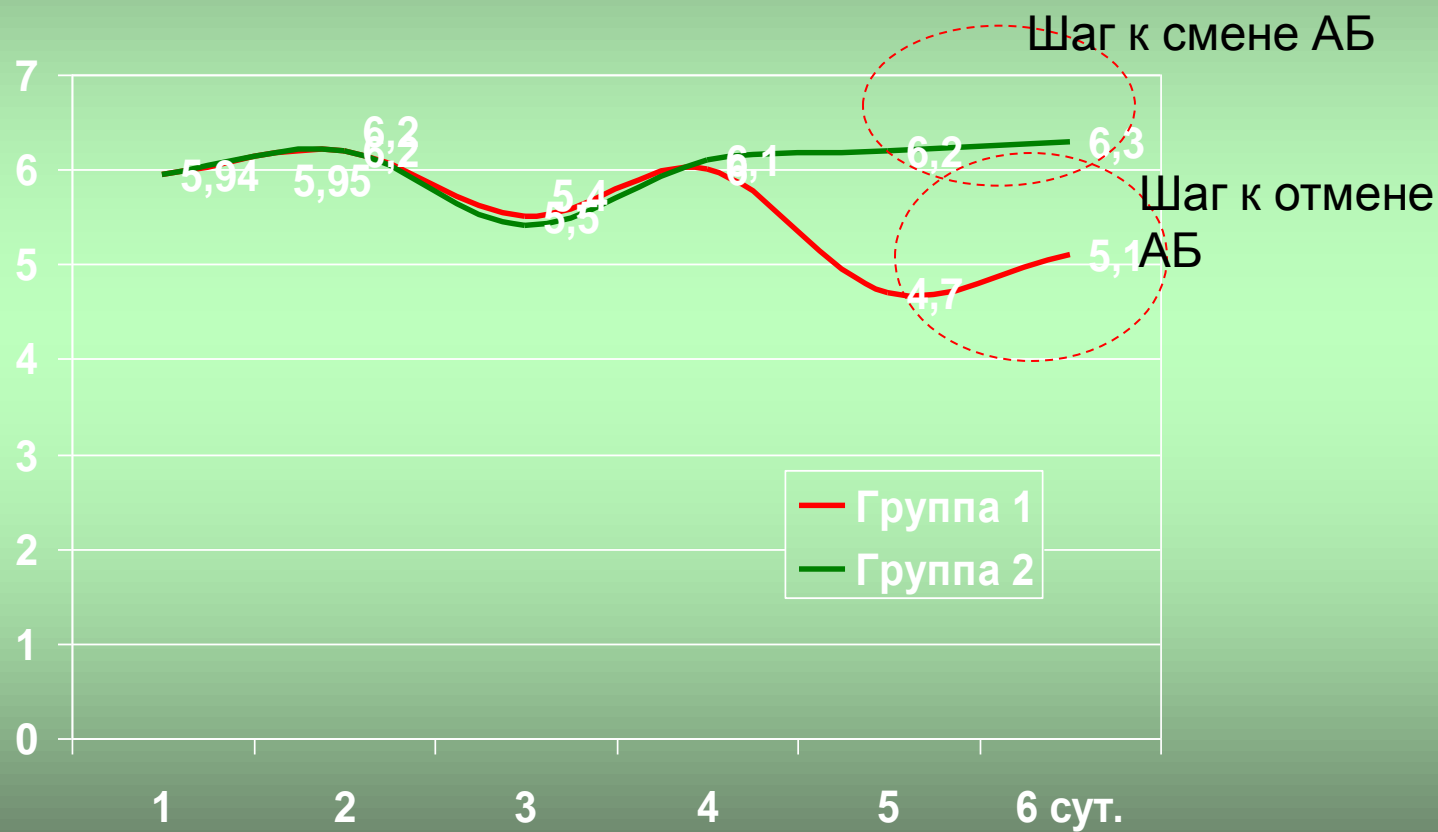
Эффективность: (лейкоцитоз) в процессе лечения



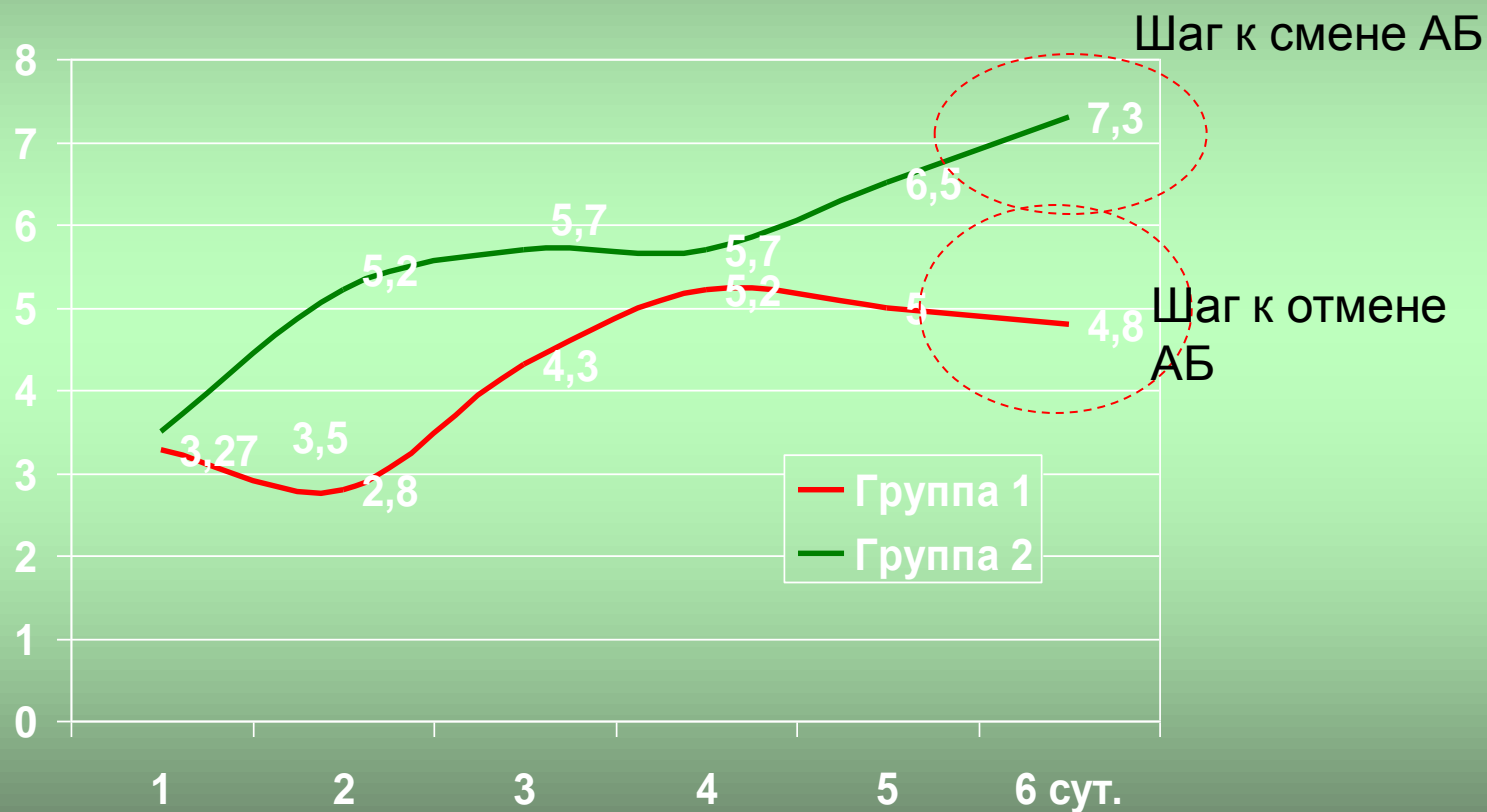
Эффективность: (ЧСС, МАХ) в процессе лечения



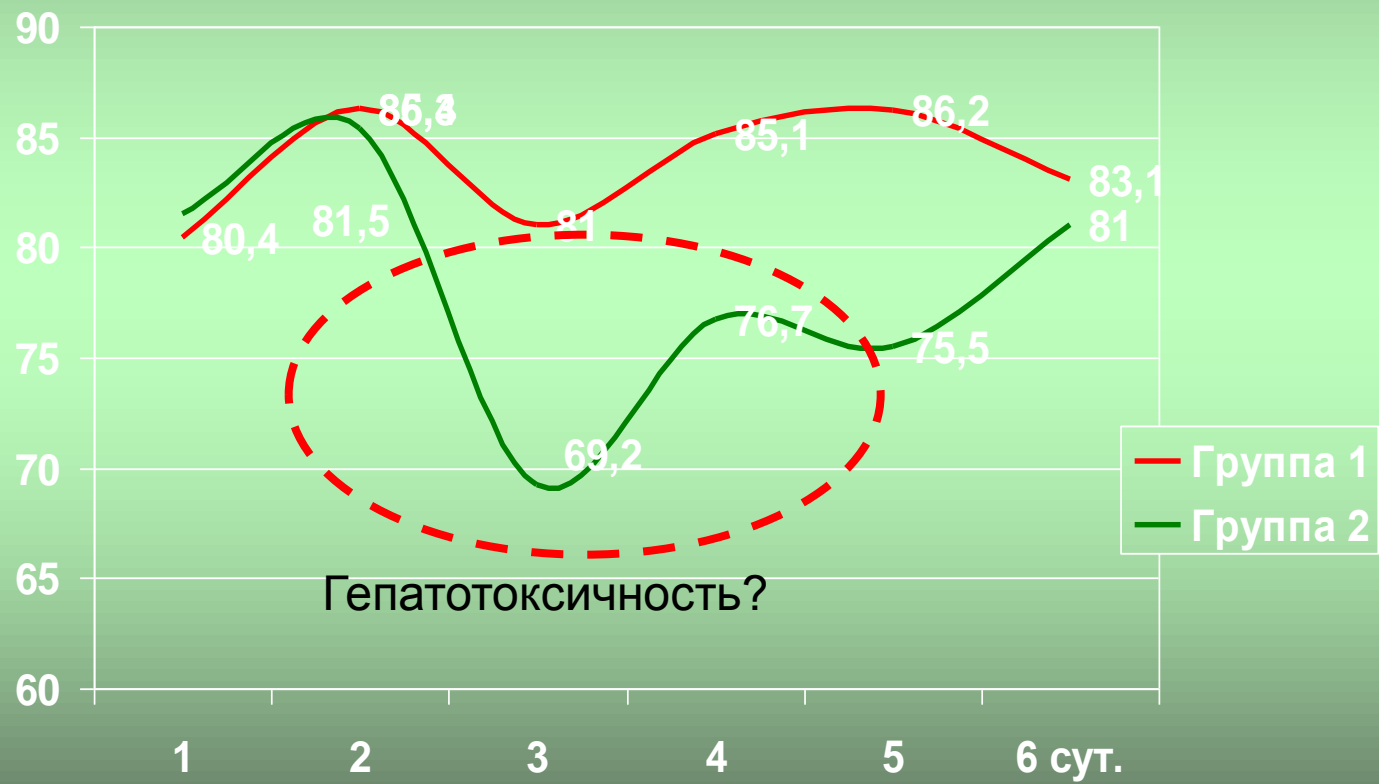
Эффективность: (гликемия, МАХ за сутки) в процессе лечения

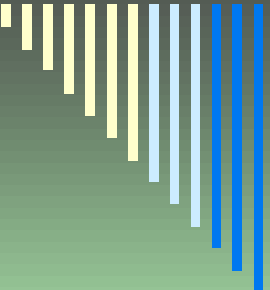


Эффективность: (фибриноген) в процессе лечения



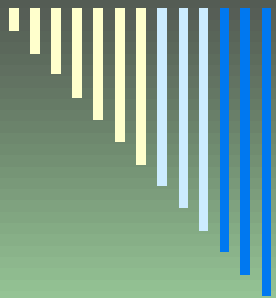
ПТИ в процессе лечения





Управляемые факторы сокращения перинатального риска – вклад в здоровье будущего ребенка

- Прогнозирование развития критической ситуации
- Превентивный подход к терапии полиорганной недостаточности
- Применение наиболее эффективных и доказанных методов лечения и лекарственных препаратов с позиции адекватного соотношения «риск - польза»
- Тесное сотрудничество специалистов
- Единое работающее информационное пространство



Спасибо за внимание!