



«Организация анестезиолого-реанимационной помощи женщинам в перинатальном Центре IV уровня РБ»



Ровдо Александр Гордеевич

Римашевский Владислав Викторович

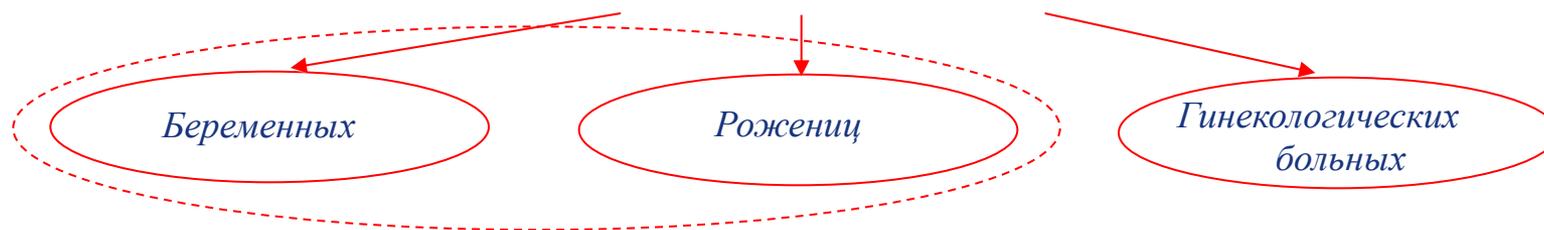
заведующий отделением анестезиологии и реанимации с палатами интенсивной терапии для беременных, рожениц и гинекологических больных ГУ РНПЦ “Мать и дитя”

Кафедра анестезиологии и реаниматологии БелМАПО



СТРУКТУРА СЛУЖБЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАЦИИ ГУ РНПЦ “МАТЬ И ДИТЯ”

Анестезиологическая и реанимационная служба в Центре представлена отделением анестезиологии и реанимации с палатами интенсивной терапии для



Согласно концепции развития Центра развернуто **18 реанимационных коек**: – **12 коек** ОИТР родильного дома, **6 коек** ОИТР на базе гинекологического корпуса.

В состав отделения входят:

Кабинет
эфферентных
методов
лечения



Кабинет
гипербарической
оксигенации
(ГБО)





Штаты Квалификация Организация работы

❖ Выделены 21.5ст.Физически -18 человек, из них: 4 врача 1-го года работы, 4 врача 2-го года работы

❖ Аттестовано -11врачей : 61.1%

❖ *Кафедра анестезиологии и реаниматологии
БелМАПО*

❖ Организовано 4 круглосуточных поста врачей анестезиологов-реаниматологов в 2-х корпусах.

❖ Работа днем: заведующий ОИТР, кафедра АиР БелМАПО 2чел.

❖ +3 врача палат ОИТР, 4 врача-анестезиолога в операционных, 1 врач-анестезиолог для обезболивания родов в родзалах;

С учетом работы 4-х врачей ан.-реан.по дежурству – обезболивание родов проводится круглосуточно.





Организация анестезиолого-реанимационной помощи 2 группы пациенток, которым необходима анестезиологическая защита в родах

1 группа

- Женщины, которые могут родить самостоятельно или путем операции кесарева сечения здорового ребенка. Анестезиологическая защита: спинальная или комбинированная анальгезия в родах и при операции кесарева сечения.

2 группа

- пациентки с тяжелой ЭГПБ, пациентки высокой группы риска, группы высоких материнских потерь. Пациентки этой группы сами родить не могут!!! Они нуждаются в оказании акушерской и анестезиолого-реанимационной помощи, необходимостью частой госпитализации в ОПБ, ОИТР.



Концепция организации оказания анестезиологической помощи пациенткам группы высокого риска



**Раннее знакомство с
пациенткой**

**Привлечение сотрудников
кафедры анестезиологии и
реанимации**

**Консультация
сотрудниками кафедры
акушерства и гинекологии**

**Привлечение для осмотра
и консультации смежных
специалистов**



Этапность организации анестезиологического обеспечения при родоразрешении

- ❖ Госпитализация пациентки заранее в ОПБ, при необходимости – в ОИТР
- ❖ Коллегиальный осмотр заведующим отделением, сотрудниками кафедры анестезиологии и реанимации
- ❖ Необходимое лабораторное и инструментальное обследование пациентки с целью определения уровня компенсации, гомеостаза и функциональных резервов организма
- ❖ Выбор метода анестезии
- ❖ Анестезиологическое обеспечение операции
- ❖ Интенсивная терапия интраоперационно и в п/о периоде
- ❖ Прогнозирование самого неблагоприятного исхода, подготовка, упреждение (План В)



Интенсивная терапия и мониторинг в ОИТР

1. **Преимственность(перевод в ОИТР из операционной, продленная ИВЛ, инвазивный мониторинг, инфузионная терапия, лабораторный мониторинг)**
2. **Мониторинг витальных функций**
3. **Коррекция проводимой интенсивной терапии и мониторинга в зависимости от клинической ситуации(сотрудники кафедры, консультанты)**
4. **Ежесуточное подведение итогов консилиумом**
5. **План ИТ на сутки, перспектива, принятие решения**





Спектр экстрагенитальной патологии 2007 – 2015 гг. Сравнительный анализ

ЭГПБ/годы	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Беременность +ВПС	152	137 (12,37%)	151 (12,71%)	111 (8,94%)	101 (7,75%)	128 (7,91%)	139 (7,7%)	94 (5,17%)	110 (5,3%)
+АГ+аритмия +гемодинамич. нарушения	14,2% от всех больных в ОИТР			65 (5,2%)	60 (4,6%)	92	114	81	94 (4,5%)
+ МАС + ПМК		-	-	-	83 (6,4%)	-	-	-	98 (4,73%)
+ преэклампсия /эклампсия	100 (9,36%)	141	126	139	122 (9,37%)	242 (14,9%)	179	150	136 (6,57%)
+ сахарный диабет (тяжелое течение)	56 (5,24%)	75	80	54	69 (5,3%)	101	102	115	99 (4,78%)
+ заболевание щитовидной железы	-	-	53 (4,5%)	-	69 (5,3%)	40	46	59	54 (2,6%)



Увеличение отдельных нозологий экстрагенитальной патологии

ЭГПБ/годы	2009	2011	2015
АФЛС тромбофилии	21 (2,3%)	30 (2,3%)	>200 (9,7%)
Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура	3 (0,25%)	31 (2,38%)	47 (2,3%)
Лимфома Саркома Лейкоз	6 (0,5%)	17 (1,3%)	27 (1,3%)



Группа высокого риска материнской летальности/Near Miss

1. Пациентки класса, IV-V по ASA, VI-VII по AAA
2. Пациентки в терминальной стадии любой патологии: ВПС (ДКМП, легочная гипертензия), онкозаболевания/лейкозы, ХПН, цирроз печени, наследственно-дегенеративные заболевания и др.



3. 2010г.-34, 2011г.-24, 2012г.-20,
2013г.-16, 2014г.-17, 2015г.-18





Основные нозологии ЭГПБ



ВПС



Презеклампсия



САХАРНЫЙ ДИАБЕТ



КРОВОТЕЧЕНИЯ



КОНЦЕПТУЛЬНО: !! ВСЕ пациентки по нозологии требуют отдельного подхода



Диаграмма анестезий 2007 – 2015г

Количественный и качественный анализ

Виды анестезии	2007	2011	2015
Пролечено пациенток	1068	1302	2069
После КС	982 – 92%	1260 – 96,9%	1866 – 91%
Внутривенные	900	390	519
ЭТА при КС	489	289	540
СА при КС	493	934	1246
ЭА при КС	1	1	7
Комбинированные: ЭТА+ СА+ЭА+ИВЛ	не применялась	19	43
СА в родах	не применялась	166	385
ЭА в родах	29	10	103
КСЭА в родах	3	17	114



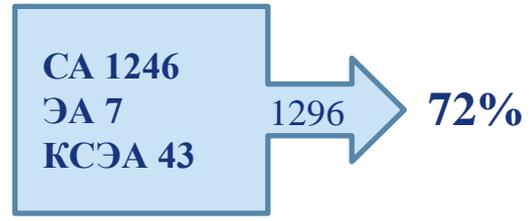
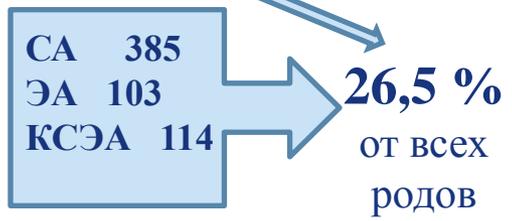
Обезболивание родов 2015

Всего анестезий-2957

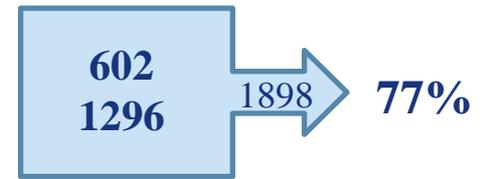
Всего родов-4109 (самостоятельно-2308)

2011 год 5% СМА в родах

Анальгезия в родах



Региональное обезболивание родов и КС:





Длительность пребывания в ОИТР 2007 – 2015 гг.

ЭГПБ/годы	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Средний койко-день в ОИТР	2,5	2,3	2,1	2,1	2,0	1,8	1,7	1,6	1,5
КС+ВПС+АГ+Гемоден.н арушения+аритмия	3,5	3,2	3,0	2,8	2,5	2,2	2,0	2,0	2,0
КС + преэклампсия	3,2	2,5-3,0	2,3-2,8	2,5	2,5	2,2	1,8	1,8	1,8
КС+сахарный диабет	3,2	2,5-3,0	2,2-2,7	2,5	2,5	2,2	1,8	1,7	1,7



Продленная ИВЛ 2007- 2015

Количество пациентов и часов

/Год	2007	2011	2015
Число пациентов на ИВЛ	22	6	9
Часы ИВЛ	560	169	96





Материнская смертность: 3 случая за 10 лет

- ❖ 2007г. Пациентка Д. 28лет, Бер. 28 нед. Первичная легочная гипертензия IV ст, NYHA IV, полиорганная недостаточность (Показания к трансплантации комплекса «сердце-легкие» имелись до поступления в Центр. Пациентка родоразрешена, ребенок жив, смерть матери на 5-е сутки п/о периода от СПОН.
- ❖ 2009г. Пациентка К. 26 лет, Бер. 26 нед., ВПС, протезирование Ao клапана механическим протезом, репротезирование биопротезом корня и дуги аорты, деструкция биопротеза. Пациентка родоразрешена, ребенок умер (530гр.), смерть пациентки на 7-е сутки п/о периода от ОССН.(На секции -деструкция биопротеза в зоне Ao клапана)
- ❖ 2012г. Пациентка Ш. 29 лет, Бер. 35 нед., двойня, роды, ЭОВ, кардиопульмональный шок, ДВС-с-м, СПОН, смерть на 14-е сутки п/о периода от прогрессирования СПОН. Дети живы.
- ❖ За последние 3 года летальности не было.



Перспектива, проекты

1. Углубление междисциплинарного взаимодействия
2. Оптимизация протоколов анестезиологического обеспечения и интенсивной терапии акушерской патологии
3. Внедрение многокомпонентной комбинированной сбалансированной регионарной анестезии в акушерстве:
 - СА + 2 опиата(адъюванты) морфин-спинал,суфента
 - КСЭА – опиат + местный анестетикинтраоперационно - бупивакаин
послеоперационный период – ропивакаин ,наропин





СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!!

