



WWW.ARFPOINT.RU

Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов  
Obstetrical Anesthesiologists Intensivists Association

online журнал

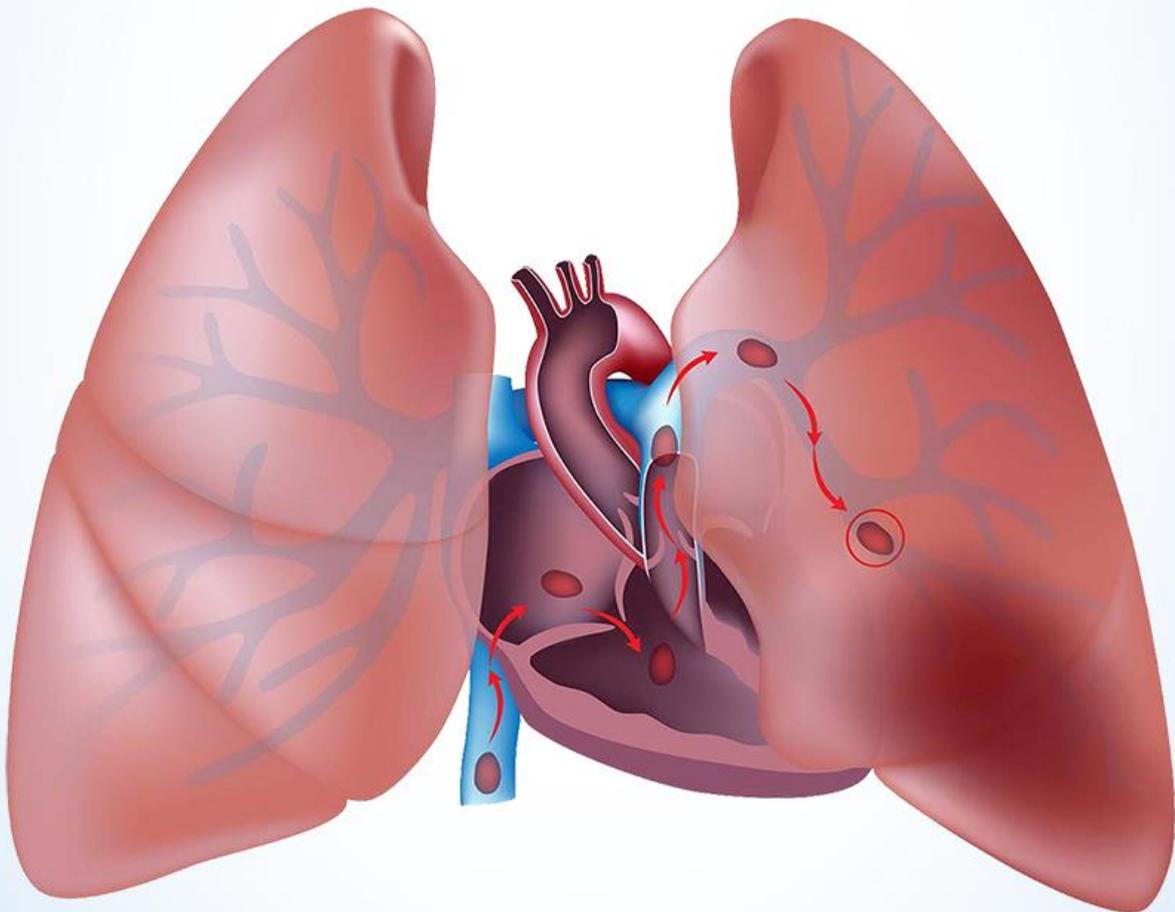
**Вестник акушерской анестезиологии**

online journal **Obstetric Anesthesia Digest**

**№4(6)**

**2018**

**Апрель**



**№4(6) Апрель 2018**

**№4(6) April 2018**

**Вестник акушерской анестезиологии**

**Obstetric anesthesia digest**



WWW.ARFPPOINT.RU

Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов  
Obstetrical Anesthesiologists Intensivists Association

online журнал

Вестник акушерской анестезиологии

№4(6)

2018

online journal **Obstetric Anesthesia Digest** Апрель

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

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

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

**Редакционная коллегия:** *И.С. Абазова, д.м.н. (Нальчик, Россия)*  
*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)*  
*Г. П. Тихова (Петрозаводск, Россия)*  
*К.Г. Шаповалов, проф. (Чита, Россия)*

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

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

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

**Технический редактор:** *П.В. Романов (Москва, Россия)*

**Корректоры:** *Е.В. Яцук (Москва, Россия)*  
*М.С. Фомина (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 (Tver, Russia)*

**Editorial board:** *I.S. Abazova, MD (Nalchik, 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)*  
*G. P. Tikhova (Petrozavodsk, Russia)*  
*K.G. Shapovalov, Prof. (Chita, Russia)*

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

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

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

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

**Proofreader:** *E.V. Yatsuk (Moscow, Russia)*  
*M.S. Fomina (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.

№4(6) Апрель 2018

№4(6) April 2018

Вестник акушерской анестезиологии  
Obstetric anesthesia digest



WWW.ARFPPOINT.RU

Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов  
Obstetrical Anesthesiologists Intensivists Association

online журнал

Вестник акушерской анестезиологии

№4(6)

2018

online journal **Obstetric Anesthesia Digest**

Апрель

## С о д е р ж а н и е

Статья	Стр.
Послеродовая профилактика ВТЭО может принести больше вреда, чем пользы: критический анализ международных рекомендаций через объектив, основанный на доказательствах	4
Применение дексаметазона для профилактики послеоперационной тошноты и рвоты после введения длительного действия опиоидов нейроаксиально: систематический обзор и мета-анализ	19
Гипербарический по сравнению с изобарическим бупивакаином для спинальной анестезии при плановой операции кесарево сечение: систематический обзор	21
Волевические и гемодинамические изменения у беременных, рожениц и родильниц	23
Знакомый незнакомец в созвездии местных анестетиков	24
Нарушение когнитивной функции у пациенток после операции кесарево сечение	25
Новости Марта	26
Профилактика TRALI – синдрома шагает пр стране	32
Знакомство с лекторским составом III Съезда АААР	35

## Послеродовая профилактика ВТЭО может принести больше вреда, чем пользы: критический анализ международных рекомендаций через объектив, основанный на доказательствах

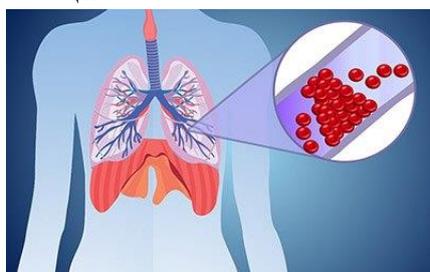
Неизвестно, является ли использование НМГ в послеродовом периоде оправданным с таким фактором риска, как КС. Проспективных данных не хватает, а Кокрановские рецензенты призвали к проведению крупных рандомизированных контролируемых исследований (РКИ). Однако, основываясь на исследованиях случай-контроль и мнениях экспертов, огромное количество национальных акушерских гайдлайнов рекомендуют профилактику НМГ большинству женщин после родов и КС.

Гемостатические изменения в сторону гиперкоагуляции делают беременных и послеродовых женщин логическими целями для профилактики венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО). Фатальная легочная эмболия (ЛЭ) у здоровой молодой женщины является трагедией, а тромбоз глубоких вен (ТГВ) может приводить к посттромботическому синдрому. Хотя данные ограничены, небольшое количество беременных и женщин в послеродовом периоде подвергаются очень высокому риску ВТЭО. Женщины с ВТЭО в анамнезе, тромбофилией или длительной иммобилизацией обычно получают и, вероятно, имеют пользу от антенатальной и послеродовой профилактики с использованием НМГ. Это восприятие пользы распространилось на женщин с более общими факторами риска, у которых риск ВТЭО ниже.

С 1986 года Американский колледж торакальных хирургов (АССР) опубликовал рекомендации по профилактике ВТЭО. Ранние издания были основаны на исследованиях, в которых выявлен бессимптомный ТГВ при скрининговом ультразвуковом исследовании. В

2012 году, признав, что асимптоматический ТГВ не является клинически значимым, АССР опубликовали свое девятое издание, специально указав, что:

- Предыдущие рекомендации не смогли распознать последствия бессимптомного, выявленного при скрининге тромбоза, использование которого заметно переоценивает клиническую пользу профилактики;
- Клинические, а не бессимптомные ВТЭО следует использовать для оценки частоты ВТЭО и расчетов эффективности профилактики;



- Финансовый и интеллектуальный конфликт интересов ведущих экспертов и предыдущих авторов был «очень проблематичным» и их участие было ограничено.

Данные были тщательно пересмотрены, и многие рекомендации были сокращены.

Использование скрининговых систем для оценки частоты ВТЭО в хирургии было пересмотрено и минимальный риск 3% теперь считается необходимым для подтверждения медикаментозной тромбопрофилактики у пациентов при операциях брюшной полости и малого таза. После операций в ортопедии менее агрессивная профилактика теперь считается приемлемой. Однако большие РКИ показывают повышенный риск кровотечения и минимального снижения клинически значимых ВТЭО, ставя под сомнение обоснованность оценки и общую чистую пользу от либеральной профилактики НМГ.

Акушерские рекомендации по профилактике ВТЭО от АССР, Австралии, Канады, Новой Зеландии, Швеции и Королевского колледжа акушеров и гинекологов (RCOG) основаны на исследованиях случай-контроль, сообщающих об относительных рисках ВТЭО у женщин с различными факторами риска и скрининговых исследованиях, в которых сообщается о бессимптомном ТГВ. Системы оценки риска, основанные на этих данных, не были проверены. RCOG рекомендует использование НМГ после всех КС в родах и для рожениц, после вагинальных родов, с любыми двумя

факторами риска, включая такие общие факторы риска, как индекс массы тела (ИМТ) > 30 кг/м<sup>2</sup>, возраст > 35 лет, паритет > 3, курение или преждевременные роды. Другие рекомендации рекомендуют назначение НМГ после КС в родах при наличии одного дополнительного фактора риска. Тем не менее, оценки абсолютного снижения риска (ARR), число, требуемое для лечения (NNT) и число, необходимое для побочных эффектов (NNH) - ключевые компоненты доказательной медицины, отсутствуют.

*«Значение эпидемиологического показателя NNT отражает среднее число пациентов, которым необходимо назначить лечение, чтобы у одного из них гарантировано получить эффект, которого нельзя было бы получить, не применяя этого лечения. Значение показателя NNH – это среднее число пациентов, из которых у одного обязательно нужно ожидать осложнение от лечения, которого не было бы, если бы данное лечение не применялось.*

*Важно понять то, что это чистые оценки эффективности и безопасности изучаемого метода лечения (или препарата). Если, например, эффект или осложнение зафиксированы и в группе сравнения, где препарат не применялся (т.е. обусловлены какими-то другими причинами), то расчет NNT и NNH исключает все другие причины и оставляет только чистый эффект препарата».*

*(комментарий эксперта – Тихова Г.П.)*

## Переоценка частоты ВТЭО

Большинство обсервационных данных по ВТЭО взяты из исследований случай-контроль больших баз данных. Отношение шансов рассчитаны для различных факторов риска, а база данных в целом используется в качестве знаменателя для расчета заболеваемости. Исследования случай-контроль часто используются для оценки редких явлений; однако они предназначены для оценки относительных, а не абсолютных рисков, и они не могут достоверно определить основную частоту событий. ВТЭО обычно идентифицируют с использованием неподтвержденных диагностических кодов, включая в анализ женщин с подозрением на ВТЭО и тех, кто получает НМГ для профилактики, а не для лечения. Норвежское исследование, которое подтвердило, каждый эпизод послеродовых ВТЭО показало, что

половина кодированных диагнозов были неточными. Кроме того, сходство кодов для поверхностного, септического и глубокого венозного тромбоза, ТЭЛА и эмболии амниотической жидкости завышает частоту ВТЭО.

Частота клинического ТГВ у небеременных пациентов составляет примерно 1/10 от частоты бессимптомного ТГВ. Подавляющее большинство бессимптомных ТГВ разрешается без клинических осложнений и без лечения. В настоящее время принято считать, что скрининговые УЗИ, которые идентифицируют асимптоматический ТГВ, переоценивают частоту клинических ВТЭО и пользу от назначения НМГ. Хотя бессимптомный ТГВ был зарегистрирован у 10-40% пациентов хирургического и терапевтического профиля, симптоматические ВТЭО наблюдаются менее

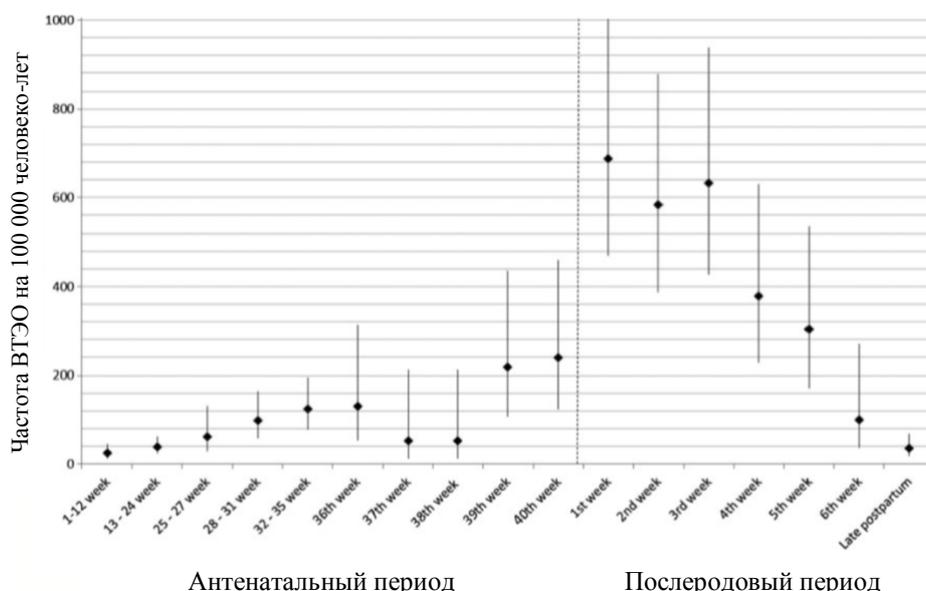


Рисунок 1

чем в 5% случаев. Скрининговые исследования женщин после КС выявили бессимптомный ТГВ менее чем в 1% (3/560) случаев. Эти исследования все еще упоминаются в девятом издании АССР в рекомендациях по профилактики ВТЭО в акушерстве по данным мета-анализа Blondon-а и коллег. Хотя данные скрининговых исследований были удалены из других разделов рекомендаций АССР, в акушерском разделе они были оставлены. Поэтому оценки частоты клинически значимого ТГВ после КС значительно раздуты: 0,5% и 4% для женщин с низким и высоким уровнем риска, соответственно. Эти значения не являются правдоподобными для опытных акушеров, которые редко сталкиваются с женщинами с клинически значимым ВТЭО. Неизвестно, составляют ли послеродовые женщины с симптоматическими ТГВ 1/10 по сравнению с бессимптомными ТГВ.

### Частота ВТЭО во времени

Частота послеродовых ВТЭО обычно сообщается как события на 100 000 родов или на человеко-лет. Поскольку большинство женщин находятся в стационаре первые 3-10 дней после родов, эти оценки преувеличивают пользу НМГ. Для улучшения клинической значимости недавние исследования анализируют частоту в антенатальном или

послеродовом периодах в неделях. Эти исследования дают наилучшие оценки абсолютного риска ВТЭО за период, в течение которого обычно проводится профилактика НМГ. Они показывают, что риск ВТЭО располагается неравномерно по сравнению с послеродовым периодом. Наибольший риск приходится на первые 4 недели и почти четверть эпизодов ВТЭО на послеродовый период, на первую неделю: 680 из 2870 на 100 000 человеко-лет или на долю 0,24 (Рисунок 1)

### Эффективность профилактического использования НМГ

Профилактический эффект на первой неделе послеродового периода с использованием НМГ неизвестен. Хотя ожидается, что НМГ подавляет образование небольших тромбов, которые станут симптоматическими, нет никаких доказательств того, что НМГ предотвращает клинически значимые ВТЭО, когда его использование прекращается. В двух небольших РКИ, вошедших Кокрановский обзор, у 2/109 женщин, получавших НМГ, были эпизоды ВТЭО по сравнению с 0/108 женщинами, получавшими плацебо. Оба случая ВТЭО произошли на 2 недели после родов после того, как использование НМГ было прекращено. У небеременных пациентов, НМГ

предотвращает 60-70% послеоперационных эпизодов ВТЭ. Пациенты после хирургических вмешательств, как правило, старше, с возрастной сопутствующей патологией, включая неопластические состояния. Беременные и послеродовые женщины обычно моложе и быстро активизируются после родов.

Без данных, специфичных для беременных и послеродовых женщин, разумно считать, что НМГ, назначаемый на 1 неделе послеоперационного периода, может уменьшить ВТЭО на этой неделе на 70%.

Факторы риска	ВТЭО на 100000 человеко-лет	Коэффициент ОР	Риск в послеродовом периоде на 1000	Риск на 1 неделе после родов на 1000	NNT на 1 неделе
Без факторов риска	300	1.0	0.69	0.17	8400
Аntenatal	2444	6.24	5.62	1.35	1060
Преждевременные роды	854	2.69	1.96	0.47	3000
Кровотечение	963	2.89	2.21	0.53	2700
Кесарево сечение	637	1.99	1.48	0.35	4000
ИМТ > 30	926	3.75	2.13	0.51	2800
Паритет >3	904	2.07	2.08	0.50	2900
Гестационный СД	1013	1.97	2.33	0.56	2600

Таблица 1

### Анализ доказательной медицины

ARR, NNT и NNH являются важными инструментами для оценки клинической пользы профилактического использования НМГ; однако они отсутствуют в акушерских рекомендациях по профилактике ВТЭО. Без больших РКИ они не могут быть подсчитаны и должны быть выведены из оценки частоты ВТЭО, полезного эффекта НМГ и вреда, вызванного НМГ.

Вероятно, наилучшие оценки распространенности послеродовых ВТЭО основаны на двух исследованиях крупной базы первичной медико-санитарной помощи в Великобритании. Sultan и коллеги сообщили о рисках ВТЭО и отношении частоты рисков для клинических факторов в послеродовом периоде. После КС они обнаружили частоту послеродового ВТЭО 637 эпизодов на 100 000 человеко-лет. Это соответствует 147 эпизодам ВТЭО в течение 12-недельного послеродового периода. Как видно из рисунка 1, почти четверть всех послеродовых эпизодов ВТЭО приходится на первую неделю, поэтому частота ВТЭО на первой неделе после родов составляет  $0,24 \times 147 = 35$  случаев на 100 000 женщин.

Если НМГ, назначенный на первой неделе, уменьшит эту заболеваемость на 70%, тогда на 100 000 женщин можно избежать  $35 \times 0,7 = 25$  эпизодов ВТЭО. Соответственно, 4000 женщинам необходимо назначить НМГ, чтобы предотвратить один эпизод ВТЭО. Это и есть показатель NNT. Если предположить, что у женщины с высоким риском частота ВТЭО вдвое больше, чем у женщины после КС, NNT составит 2000. В таблице 1 показана частота ВТЭО, отношение рисков и NNT для других факторов риска.

Послеродовая шкала прогнозирования ВТЭО, разработанная позднее Sultan и коллегами, подтверждает эти оценки. Основываясь на большой английской базе данных и большой шведской базе данных, авторы рассчитали риск ВТЭО равный 1,1 на 1000 женщин в течение шести недель после родов для 20-летней роженицы с ИМТ 32 кг/м<sup>2</sup>, которой было сделано КС в родах, такой женщине будет необходимо назначить НМГ на основе нынешних рекомендаций RCOG. Ее риск в течение первой недели будет составлять приблизительно 0,3 на 1000 или 30 на 100 000. Предполагая, что НМГ сможет защитить на

70%, необходимо будет назначить препарат 4300 женщинам для предотвращения одного эпизода ВТЭО.

### Неблагоприятный эффект НМГ

В немногих исследованиях оценивается неблагоприятный эффект НМГ при послеродовом периоде. Описание серии случаев у женщин в послеродовом периоде, которые получали НМГ, имеют конечно же слабую достоверность, потому что не сравнивают женщин, которые не получали НМГ в виде контрольной группы. Исключением является шведское исследование, в котором сравнивались женщины с ВТЭО в анамнезе, которые получали профилактику НМГ по сравнению с контрольной группой, которые ее не получали. Было обнаружено значительное увеличение абсолютного риска (ARI) кровотечения > 1000 мл (ARI = 4,4 %, P < 0,001), что, вероятно, будет ниже для женщин, получающих профилактику ВТЭО только в послеродовом периоде. Другие наблюдательные исследования оценивают риск значительного кровотечения 0,3-1,1%.

Мета-анализы рандомизированных исследований, сравнивающих профилактику НМГ и плацебо у хирургических пациентов, демонстрируют абсолютный рост риска кровотечения между 1,5% и 8,6% в зависимости от тяжести кровотечения. В большом мета-анализе пациентов в общей хирургии, НМГ вызвали более тяжелые кровотечения (ARI = 1,5%, NNH = 67); гематомы раны (ARI = 4,9%, NNH = 20); и потребность в трансфузии крови (ARI = 3,8%, NNH = 26), чем при использовании плацебо. Использование НМГ уменьшили частоту клинических ВТЭО с 0,9% до 0,22% (ARR = 0,68%, NNT = 150). Таким образом, на каждый случай спасения от эпизода ВТЭО, было два дополнительных случая с кровотечением, семь раневых гематом и шесть трансфузий крови. Осознание того, что NNT превысило NNH,

подтверждает рекомендацию АССР о том, что частота постхирургического ВТЭО должна составлять не менее 3%, чтобы оправдать профилактику НМГ.

Для того, чтобы НМГ был клинически полезен, NNT для предотвращения одного эпизода ВТЭО должен быть ниже, чем NNH для кровотечения. Частота ВТЭО и абсолютная польза от НМГ ниже после КС, чем после большой абдоминальной хирургии (NNT 4000 против 150); поэтому допустимая частота кровопотери также ниже. Если НМГ используется для профилактики он увеличивает абсолютный риск крупного кровотечения после КС на 0,5%, соответственно NNH будет 200, что в 20 раз ниже, чем NNT. Таким образом для каждого предотвращённого ВТЭО, в среднем около 20 женщин будут подвержены крупному кровотечению.

По-видимому, НМГ также увеличивает частоту раневых осложнений. В шведском исследовании, использование НМГ было связано с абсолютным увеличением риска гематомы в 2,1% (P < 0,001). Не рандомизированное сравнение 1600 женщин высокого риска, которые получали или не получали НМГ после КС, показало общее увеличение абсолютного риска раневых осложнений (ARI = 3,8%, NNH = 26, P = 0,002) и связанной с этим повторной госпитализацией (ARI = 1,3%, NNH = 77; P = 0,017). Небольшое снижение абсолютного риска при ВТЭО (0,17%) не было значимым в этой когорте, и авторы подсчитали, что для РКИ потребуется 31 000 пациентов, чтобы получить достаточную статистическую мощность для определения того, является ли эта небольшая польза реальной. Если это правда, NNT в этой группе высокого риска будет 600, то есть в 10 раз больше, чем NNH для раневых осложнений.

Гепарин-индуцированная тромбоцитопения возникает прежде всего при длительном применении НФГ. Большие



исследования акушерских и неакушерских пациентов, получавших НМГ профилактически, продемонстрировали минимальный риск тромбоцитопении.

### **Летальный исход от лёгочной эмболии**

Примерно одна треть акушерских эпизодов ВТЭО — это легочные эмболии (ЛЭ), из которых 2% смертельны. Из всех эпизодов ВТЭО менее 1% являются фатальными. Для среднестатистической женщины после КС риск смерти от ЛЭ в течение первой недели после родов составляет приблизительно 0,4/100 000. Предполагая, что НМГ снижает риск на 70%, NNT для предотвращения одной смерти PE составляет приблизительно 360 000. Если НМГ увеличивает риск большого кровотечения на 1/200, то для каждой спасенной жизни от ЛЭ при использовании НМГ, более 1000 женщин испытают серьезное кровотечение. Хотя кажущееся снижение смертности от ЛЭ в Великобритании с 2003 по 2008 год было связано с увеличением профилактики ВТЭО, более новые данные не показывают устойчивого снижения. Частота летального исхода при ЛЭ в течение трехлетних периодов, 2002 – 2005 – 2008 - 2011 гг. составила 1,5, 1,94, 0,79 и 1,26 на 100 000 родов. Хотя это не рандомизированное исследование, внедрение универсальной механической профилактики с пневматическими компрессионными устройствами после КС в большой больничной системе США было связано с уменьшением смертности от ЛЭ (7 на 458 097 КС по сравнению с 1 на 465 880 КС). Если связь была причинно-следственной, NNT составлял приблизительно 80 000. Данные о не фатальной ЛЭ и ТГВ не сообщались.

### **Перспективные данные по риску ВТЭО после КС**

Немногие проспективные исследования сообщают о частоте клинических ВТЭО после КС. Хотя они не предназначены для оценки ВТЭО, Landon и коллеги собрали данные 20 560 женщин перенесших КС, в том числе и с

вагинальными родами после КС. Частота ВТЭО после планового КС составляла 0,63/1000; после экстренного КС 0,84/1000; и после успешных вагинальных родов после перенесенного КС составляло 0,23/1000. Неясно, какая часть ВТЭО произошла в течение первой недели послеродового периода. У многих женщин были типичные факторы риска, и гепарин рутинно не принимался. Еще одно исследование анализировала данные о 1389 женщинах после КС, из которых 847 были в родах. Не было ни одного эпизода ВТЭО.

В большом скрининговом исследовании для выявления бессимптомного послеродового ТГВ ультразвук был проведен у 194 женщин через 3 дня после КС и снова через 2 недели после КС. У женщин средний ИМТ составлял 32 кг/м<sup>2</sup> и 80% имели показания для назначения НМГ в 2009 году в Великобритании согласно методическим рекомендациям. Ни у кого не был использован компрессионный трикотаж или назначен гепарин. Единственный обнаруженный ТГВ был симптоматическим у женщины с сепсисом, требующей интенсивной терапии и катетеризированной правой бедренной веной.

Подобно исследованиям Sultan и коллег эти данные опровергают оценки, найденные в девятом пересмотре АССР по ВТЭО. В течение первой недели после обычного КС частота ВТЭО составляет <1/1000 – частота риска в 30 раз ниже, чем 3% минимальный риск ВТЭО, который уравнивает пользу и неблагоприятные эффекты при профилактике НМГ у хирургических пациентов общего профиля.

### **Уроки доказательной медицины**

Почему послеродовая частота даже бессимптомного ТГВ ниже, чем ожидалось? Беременность является гиперкоагуляционным состоянием, но также и одним из факторов усиленного тромболизиса. Существует физиологический баланс между образованием и растворением сгустка, и трудно определить, какие женщины будут подвержены ВТЭО.

Менее половины послеродовых ВТЭО происходят в течение первых 2 недель, и у 50% этих женщин есть один или вовсе нет факторов риска.

В восьмом издании рекомендаций АССР при ВТЭО энтузиазм по использованию НМГ достиг пика. Медикаментозная профилактика была рекомендована для большинства госпитализированных пациентов. АССР определила интеллектуальные и финансовые конфликты интересов для авторов восьмого издания, и их участие в девятом издании было ограничено. Научная строгость возросла. Бессимптомные ВТЭО признаны клинически незначимыми; и скрининг-исследования были удалены из большинства разделов девятого издания. Тем не менее, акушерская часть по-прежнему основана на скрининговых исследованиях, которые увеличивают частоту ВТЭО и предполагаемом преимуществе НМГ. АССР и большинство национальных акушерских сообществ рекомендуют либеральную послеродовую профилактику НМГ у женщин с общими факторами риска. Американское сообщество акушеров и гинекологов не приняло эту позицию.

Энтузиазм в отношении новых лекарств является важным стимулом для новаторства в медицинской практике и приводит к рекомендациям по профилактике ВТЭО. Тем не менее, многие новые методы лечения, принятые до адекватной оценки, впоследствии оказались неэффективными или вредными для пациентов. Почти 40 лет назад Арчи Кокран (основатель Кокрейновской лаборатории – кита доказательной медицины) призвал медицинское сообщество относиться более критически к новым методам лечения и рекомендовал тщательно их оценивать до широкого распространения. Наш ответ на этот вызов был доказательной медициной. Согласно положениям доказательной медицины, остается неизвестным, может ли женщина с общими факторами риска ВТЭО иметь пользу



от профилактики НМГ после родов; однако наблюдаемые данные свидетельствуют о том, что вред может перевесить пользу.

Исследователи обратились к РКИ с просьбой оценить профилактику использования НМГ в послеродовом периоде. Хотя у РКИ есть свои недостатки, когда они применяются к сложным явлениям, они идеально подходят для оценки лекарственной терапии. Поскольку значения потенциальной выгоды и вреда очень малы, сложно достичь объем выборки, позволяющий обеспечить достаточную мощность исследования; однако большие исследования терапевтических и хирургических пациентов были проведены успешно. Используя критерии включения из существующих рекомендаций RCOG, более 80% женщин при КС будут иметь показания для назначения НМГ. С учетом частоты КС, превышающего 30% в некоторых учреждениях (в России видимо эта цифра будет больше),

такая профилактика будет назначена более тысячи женщинам ежегодно во многих крупных родильных домах. Наряду с тщательной рандомизацией, слепым и плацебо-контролируемым методом и 12 недельным последующим наблюдением, будет крайне важно оценить равноценность относительно того, превышает ли польза использования НМГ вред. Для большинства женщин в послеродовом периоде назначение НМГ является оправданными, если не целесообразными, согласно РКИ. В нынешней ситуации либеральная профилактика НМГ должна привести к тому, что предыдущие барьеры будут размыты для набора большего числа пациентов в РКИ.

Цели доктора Кокрана имеют практическую и этическую основу. Стоимость лечения в течение 7 дней с эноксапарином составляет приблизительно 22 фунта стерлингов в Великобритании и 100 долларов в США (в России цена на НМГ в среднем 3000 – 10 шприцов – 2100 рублей курс лечения), что составляет стоимость лечения для

предотвращения одного эпизода ВТЭО от 80 000 до 400 000 долларов США (от 1.68 до 8.4 млн. рублей), не считая затрат на администрирование и лечение осложнений. Этически, согласно вероятности чистого вреда от НМГ для большинства женщин после родов, будет не легко обосновать его назначения всем женщинами. Д-р Кокран утверждал, что чистая польза от новых методов лечения должна быть доказана в РКИ с достаточной степенью достоверности до распространения, и Кокрановские рецензенты пришли к выводу: «Недостаточно доказательств, на основании которых можно дать рекомендации по тромбопрофилактике во время беременности и раннем послеродовом периоде... Требуются широкомасштабные, высококачественные рандомизированные исследования в отношении используемых в настоящее время вмешательств». Вместо этого сообщества рекомендуют дорогостоящую, недоказанную, потенциально опасную терапию у большого числа женщин после родов. Без расчета мощности, этического обоснования, систематического измерения пользы и вреда или по-настоящему информированного согласия пациента, мы с вами приступили к огромному неконтролируемому эксперименту.

Редко, новая терапия дает такую очевидную выгоду, что распространение до тщательной оценки оправдано. Для немногих женщин с ВТЭО в анамнезе, тромбофилией или

длительной иммобилизацией, данные наблюдений настоятельно свидетельствуют о том, что профилактика НМГ оправдана во время беременности и в течение 6 недель после родов. Тем не менее, для женщин с более распространенными факторами риска, клиническая эффективность использования НМГ неясна. Сбитыми с толку отношениями шансов, асимптоматическим ВТЭО и неконтролируемых по времени случаями, мы пренебрегли основными требованиями доказательной медицины. Оценки ARR, NNT, ARI и NNH показывают, что для большинства женщин назначением НМГ для профилактики может принести больше вреда, чем пользы. Только адекватно рандомизированные, плацебо-контролируемые исследования могут точно измерить истинные величины выгоды и вреда. До тех пор, пока такие исследования не продемонстрируют чистую выгоду, женщинам с общими факторами риска следует предлагать профилактику НМГ только в рамках рандомизированного исследования. Акушерские рекомендации по профилактике ВТЭО от АССР, Австралии, Новой Зеландии, Канады, Швеции и Великобритании должны быть пересмотрены.

[Kotaska A. Postpartum venous thromboembolism prophylaxis may cause more harm than benefit: a critical analysis of international guidelines through an evidence-based lens. BJOG. 2018 Mar 7](#)

## Комментарий научного редактора - Роненсон А.М.



«WOW (BAU)». Уже не первый раз мы сталкиваемся со статьями, которые оценивают результаты РКИ или рекомендации, с точки зрения доказательной медицины, которую эти же статьи и пропагандируют, делая выводы в своих исследованиях и рекомендациях, подчеркивая, что уровень доказательности 1А и т.д.

Да, медицина – это вторая наука после богословия, или как написал в своем комментарии в прошлом номере журнала А. Иоскович: «До конца не известно, кому принадлежит фраза: "Существует три вида лжи: ложь, наглая ложь и статистика". Опубликовал ее Марк Твен, но скорее всего произнес английский политик и журналист Генри Лабушеру». Да, как и в любой науке в ней есть версии и контroversии. Британский журнал акушерства и гинекологии (BJOG), а я хочу напомнить, что это один из самых уважаемых журналов, который выпускает Королевское общество акушеров и гинекологов Великобритании, публикует статью А. Kotaska, с говорящим названием «Послеродовая профилактика венозной тромбоземболии может принести больше вреда, чем пользы: критический анализ международных рекомендаций через объектив, основанный на доказательствах». Вот вам и название, только из-за него одного у меня возникло огромное желание полностью прочитать и перевести эту статью, и поделиться с вами ее содержанием. Но позвольте мне, на правах научного редактора, немного прояснить картину.

Венозная тромбоземболия приводит к существенной материнской заболеваемости и смертности во всем мире. В условиях больших ресурсов, где смертность от акушерского кровотечения встречается реже, венозная тромбоземболия (ВТЭ) является ведущей

причиной материнской смертности. Обзор материнской смертности в Соединенных Штатах между 1998 и 2005 годами выявил, что кровотечение и легочная эмболия составляла от 10 до 13% материнской смертности. Относительный риск ВТЭ во время беременности увеличивался в 5 раз по сравнению с небеременным состоянием и увеличивался после родов (1).

Повышенный риск ВТЭ во время беременности по сравнению с сопоставимым возрастом небеременных женщин подчеркивает необходимость постоянной оценки факторов риска и надлежащей профилактики, абсолютный риск ВТЭ остается низким, от 1 до 2 на 1000 родов. Таким образом, несмотря на тот факт, что ВТЭ составляет значительную долю материнской смертности во всем мире, такие события относительно редки, и поэтому их трудно изучать. Поскольку беременность осложняет как диагностику, так и лечение ВТЭ, принятые рекомендации в отношении небеременных популяций часто не подходят для беременных. Кроме того, все основные клинические исследования, оценивающие различные схемы антикоагулянтной терапии, включая продолжительность лечения, исключали беременных женщин. В результате недостаточности данных о результатах лечения во время беременности, рекомендации по лечению часто экстраполируются из литературы по небеременным (1).

Мета-анализ 2016 года, оценивающий литературные данные с 1980 года по 2015 год, продемонстрировал, что по сравнению с вагинальными родами (ВР) относительный риск вторичных тромбоземболических осложнений (ВТЭО) после операции кесарево сечение (КС) варьировался от 1 до 22 с

отношением шансов (OR) 3,7 (95% ДИ 3,0-4,6). Корректировка по возрасту и ИМТ оказала незначительное влияние на ОР. Риск наблюдался как для плановых, так и для экстренных КС, с более высокими показателями риска при экстренных КС. Частота ВТЭО составила 2,6 на 1000 КС (95% ДИ 1,7-3,5) и была больше в исследованиях с более длительным и лучшим наблюдением в послеродовом периоде (4,3 на 1000). Стоит отметить, что авторы сделали не обнадеживающие выводы. Риск ВТЭО был в четыре раза больше после КС, чем после ВР, не зависящий от других факторов риска ВТЭО и был выше после экстренных КС. В среднем 3 из 1000 родильниц могут подвергаться ВТЭО после КС (2).

Все эти выводы привели к тому, что возникла необходимость рутинного применения тромбопрофилактики (низкомолекулярных гепаринов - НМГ) для снижения риска развития ВТЭО. Mustafa H. с коллегами в 2017 году опубликовали данные анализа всех КС, проведенных в Центральной больницы Квинса, Нью-Йорк с 2010 по 2013 года. Было проанализировано 1127 рожениц, из которых 924 пациента были включены в исследование. Контрольная группа не получала фармакологическую тромбопрофилактику - 481 роженица и группа с тромбопрофилактикой - 444 роженицы. Основные результаты включали осложнения фармакологической тромбопрофилактики: гематомы в области раны, вторичное послеродовое кровотечение, тромбоцитопения. Вторичные результаты: другие осложнения раны, а не гематомы, эффективность и безопасность рутинного использования НМГ (3).

В результате исследования было выявлено, что статистически значимое увеличение побочных эффектов при рутинном использовании НМГ после КС по сравнению с контрольной группой не наблюдалось. В обеих группах было обнаружено 4 случая гематомы раны ( $p = 0,57$ ). Не было обнаружено отсроченного послеродового кровотечения в

группе исследования. В группе исследования было 4 случая тромбоцитопении, в которых уровень тромбоцитов спонтанно приходил в норму без дополнительного вмешательства. Вторичные результаты: в контрольной группе было два случая ВТЭО, тогда как в группе исследования ни одного ( $p = 0,68$ ). Авторы пришли к выводам, что рутинное использование НМГ для профилактики ВТЭО у рожениц после КС не сопровождается значительным увеличением осложнений, которые не позволяли бы специалистам рутинно назначать НМГ в этой группе пациентов (3).

Наступает Февраль 2018 года, все эксперты понимают, что кривая ВТЭО растет по всему миру и не только в акушерстве. Это приводит в разработке и выпуску в свет рекомендаций Европейского сообщества анестезиологов по профилактике ВТЭО после операции. Раздел, касающийся профилактики ВТЭО при неакушерских операциях во время беременности и после родов, включает в себя только 4, но очень важные рекомендации (4):

- Рекомендуется проводить тромбопрофилактику после неакушерских операций во время беременности или послеродового периода, когда они назначаются в связи с постельным режимом, пока не будет восстановлена полная мобильность (1С).
- Предлагается использовать тромбопрофилактику в случаях периперационной инфекции во время беременности или послеродового периода (2С).
- **Тромбопрофилактика рекомендуется после КС во всех случаях**, кроме планового КС у пациентов с низким уровнем риска ВТЭО (1С), но нет четкого консенсуса в отношении определения этой популяции.
- Продолжительность тромбопрофилактики после КС должна составлять не менее 6 недель для пациентов с высоким риском и,

по меньшей мере, 7 дней для других пациентов (1С).

Буквально через месяц, 21 Марта 2018 года, в Великобритании, национальный институт здравоохранения (NICE), выпускает отчет о частоте ВТЭО за последние 16 лет и рекомендации по ее профилактике. Раздел, посвященный акушерству, предлагает оценивать факторы риска ВТЭО всем женщинам при поступлении в больницу, если они беременные или родили, или у них был выкидыш или прерывание беременности в течение последних 6 недель. Для оценки факторов риска рекомендуется использовать шкалу оценки, разработанную Королевским обществом акушеров и гинекологов Великобритании. Авторы рекомендуют (5):

- Пересмотреть риски ВТЭО и оценить необходимость тромбопрофилактики всем женщинам: в течение 6 часов после родов, с выкидышем или прерыванием беременности.
- Рассмотреть возможность использования НМГ всем женщинам, которые госпитализированы, если они беременные

- Всем женщинам с  $\geq 4$  факторами риска (кроме ВТЭО и тромбофилии в анамнезе) рекомендуется профилактика НМГ на протяжении всего антенатального периода и, как правило, в течение 6 недель после родов (необходима повторная оценка факторов риска).
- Всем женщинам с 3 факторами риска (кроме ВТЭО и тромбофилии в анамнезе) рекомендуется профилактика НМГ, начиная с 28-й недели беременности и, как правило, в течение 6 недель после родов (необходима повторная оценка факторов риска).
- Всем женщинам с 2 факторами риска (кроме ВТЭО и тромбофилии в анамнезе) рекомендуется профилактика НМГ на протяжении не менее 10 дней после родов.

или родили, или у них был выкидыш или прерывание беременности в течение последних 6 недель и чей риск ВТЭО перевешивает их риск кровотечения.

- Не проводить профилактику ВТЭО роженицам в родах.
- Использовать НМГ у беременных как можно скорее и в течение 14 часов после оценки риска ВТЭО, и продолжать до тех пор, пока женщина больше не будет подвергаться повышенному риску ВТЭО или до выписки из больницы.
- Использование НМГ у женщин, которые родили или был выкидыш, или прерывание беременности, необходимо начать через 4-8 часов после события, если нет противопоказаний и продолжать в течение как минимум 7 дней.
- Рассмотрите комбинированную профилактику НМГ с механической профилактикой для беременных или женщин, которые родили или был выкидыш, или прерывание беременности в течение последних 6 недель и которые, вероятно, будут мало двигаться или имеют значительно меньшую мобильность по сравнению с их нормальной или ожидаемой подвижностью в течение 3 или более дней после операции, включая КС.

**На территории РФ действуют рекомендации Ассоциации акушерских анестезиологов реаниматологов (6), поддерживающие такие же показания для использования тромбопрофилактики во время беременности и послеродовом периоде. При использовании шкалы риска ВТЭО по баллам:**

- Если общее количество баллов более или равно 4 рассматривают тромбопрофилактику с первого триместра.
- Если общее количество 3, рассматривают тромбопрофилактику с 28 недели беременности.

- Если общее количество более или равно 2 после родов, рассматривают тромбопрофилактику в течение, по крайней мере, 10 дней.
- Если длительная госпитализация (более 3 дней) или повторная госпитализация в больницу в течение послеродового периода рассматривают тромбопрофилактику.
- Для пациентов с идентифицированным риском кровотечения баланс рисков кровотечения и тромбоза должен быть обсужден после консультаций с гематологом с экспертными знаниями по вопросам тромбоза и кровотечений во время беременности.

Немного подводя итог, я бы хотел вспомнить статью 2016 года S. Vates и коллег (7), 31 страница, 183 источника литературы. Авторы постарались дать рекомендации практикующим врачам, как наилучшим образом индивидуализировать уход за пациентами с ВТЭО, связанными с беременностью, задав 5 простых вопросов:

1. *Каковы риски использования антикоагулянтов во время беременности?*
2. *Каковы риски использования антикоагулянтов у женщин, кормящих грудью?*
3. *Как лечить венозную тромбоэмболию во время беременности?*
4. *Меры профилактики ВТЭО?*
5. *Использование антикоагулянтов в послеродовом периоде?*

В чем же интерес этих вопросов и статьи? А в том, что для ответа на них, авторы проанализировали и скомпилировали текущие рекомендации Американского общества акушеров и гинекологов (ACOG), Канадского общества акушеров и гинекологов (SOGC), Королевского общества акушеров и гинекологов (RCOG), общества клиницистов Австралии и Новой Зеландии и Американского

общества торакальных хирургов(АССР). Серьезные организации, на рекомендациях которых в основном и держится мировая медицина. Помимо этого, был проведен анализ литературы и были включены данные соответствующих систематических обзоров, рандомизированных исследований и наблюдательных исследований. Поскольку этот обзор представляет собой огромный массив данных, я остановлю ваше внимание на рекомендациях по профилактике ВТЭО при КС. Вот основные постулаты мировых сообществ и уровень доказательности.

ACOG: необходимо использование пневматических компрессионных устройств перед КС, если роженицы еще не получили тромбопрофилактику (C).

SOGC: после экстренного КС, если имеется дополнительный фактор риска, рассмотреть возможность профилактики ВТЭО с использованием НМГ (от II-2В до III-В); после планового КС - если факторы риска  $\geq 2$  рассмотреть возможность профилактики ВТЭО с использованием НМГ (от II-2В до III-В); 6 недель послеродовой профилактики при постоянном риске (II-3В), когда факторы все еще присутствуют, и во время госпитализации; до 2 недель послеродовой профилактики, если риск транзиторный (III-С).

RCOG: экстренное кесарево сечение - 10-дневная тромбопрофилактика с использованием НМГ после родов (C); все остальные роженицы после КС, 10-дневную тромбопрофилактику с НМГ после родов, если есть дополнительные факторы риска (C).

АССР: Никаких дополнительных факторов риска - никакой профилактики, кроме ранней мобилизации (1В); 1 основной фактор риска или  $\geq 2$  незначительных факторов риска (1 незначительный, если экстренное кесарево сечение) - использовать профилактику НМГ (если есть противопоказание к антикоагулянтам, используют механическую профилактику (эластичные чулки или прерывистую пневматическую компрессию), во время госпитализации после родов (2В);

очень высокий риск с несколькими дополнительными факторами риска, сохраняющимися после родов – использовать НМГ с эластичными чулками и / или прерывистой пневматической компрессией (2С); роженицы группы высокого риска со значительными факторами риска, сохраняющимися после родов - до 6 недель профилактики с использованием НМГ после выписки из больницы (2С).

### Что же мы получаем в сухом остатке?

Да, опять математика и статистика демонстрируют нам определенные проблемы в достоверности результатов, однако при этом делают поправку, на необходимость проведения исследований с большим количеством пациентов для подтверждения или нет существующих выводов РКИ. Однако, а что, если они (выводы) подтвердятся и окажутся верными, пока будут идти исследования, а на это необходимо потратить ни один год, а возможно два или три? Мы не будем использовать НМГ, и наблюдать, как часть наших женщин погибают от ВТЭО. На мой взгляд, не самый лучший выбор.

Да, возможно рутинное использование может привести определенный процент осложнений, но он окажется не таким фатальным, как ТЭЛА. Возможно, мы с вами находимся на пороге большего проспективного исследования рутинной профилактики НМГ, и его выводы появятся через пару лет. Все же, основные мировые сообщества рекомендуют рутинное использование НМГ в качестве профилактики ВТЭО после экстренного КС, ну а при плановом нужен еще один фактор риска. И

тут стоит вспомнить слова, народные, наверно, «Не бывает здоровых людей, бывают недообследованные». Поэтому, найти всегда один фактор риска, вопрос лишь времени и желания, а у контролирующих органов, «Не дай Бог», оно всегда есть!

А пока акушерскому анестезиологу, работающему в системе ОМС в государственной клинике, стоит использовать в своей практике рекомендации АААР (6), которые пока еще никому не навредили!

### Список литературы:

1. McLean K., James A. Diagnosis and Management of VTE in Pregnancy. ClinObstet Gynecol. 2018 Feb 21
2. Blondon M., Casini A., Hoppe K., Boehlen F., Righini M., Smith N. Risks of Venous Thromboembolism After Cesarean Sections: A Meta-Analysis. Chest. 2016; 150(3): 572-96
3. Mustafa H., Fuks A., Salafia C. Safety of Routine Use of Pharmacological Thromboprophylaxis in Post Cesarean Section Patients. Obstetrics & Gynecology: May 2017
4. Ducloy-Bouthors A., Baldini A., Abdul-Kadir R., Nizard J.; ESA VTE Guidelines Task Force. European guidelines on perioperative venous thromboembolism prophylaxis: Surgery during pregnancy and the immediate postpartum period. Eur J Anaesthesiol. 2018 Feb 10
5. NICE guideline [NG89]. Venous thromboembolism in over 16s: reducing the risk of hospital-acquired deep vein thrombosis or pulmonary embolism. March 2018
6. Куликов А.В., Шифман Е.М. Анестезия, интенсивная терапия и реанимация в акушерстве и гинекологии. Клинические рекомендации. Протоколы лечения. Издание второе, дополненное и переработанное. – Москва: Изд-во «Медицина»; 2017. – 672
7. Bates S., Middeldorp S., Rodger M., James A., Greer I. Guidance for the treatment and prevention of obstetric-associated venous thromboembolism. Journal of Thrombosis and Thrombolysis. 2016; 41(1): 92-128

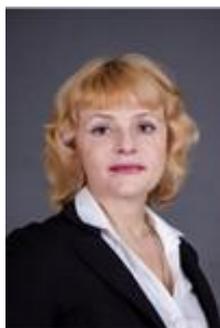
**Комментарий эксперта**

Куликов Александр Вениаминович – вице-президента АААР, профессор кафедры анестезиологии, реаниматологии и трансфузиологии ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, член правления ФАР, председатель комитета ФАР по вопросам анестезии и интенсивной терапии в акушерстве и гинекологии.

В своем комментарии А.М. Роненсон практически полностью ответил сомневающимся в необходимости проведения тромбопрофилактики после операции кесарево сечение как с медицинской, так и юридической точки зрения. Мы уже не в первый раз видим, что результаты отдельных исследований вступают в противоречие с имеющимися руководствами. Достаточно вспомнить принцип «ранней целенаправленной терапии» (early goal-directed therapy (EGDT)) в интенсивной терапии сепсиса и септического шока Rivers E., 2001 и целый ряд исследований, не подтверждающих эффективность предложенного метода [Martin-Loeches I, Levy MM, Artigas A. Management of severe sepsis: advances, challenges, and current status. Drug Des Devel Ther. 2015 Apr 9;9:2079-88.]. Что же мы видим сегодня: принцип Rivers E. сохраняется во всех руководствах и даже более того, все больше акцент смещается пользу первого «золотого часа» [Levy MM, Evans LE, Rhodes A. The Surviving Sepsis Campaign Bundle: 2018 update. Intensive Care Med. 2018 Apr 19.].

При решении вопроса о необходимости проведения тромбопрофилактики рекомендуем лечащему врачу (акушеру-гинекологу, анестезиологу-реаниматологу) хотим напомнить следующее:

1. Действительно истинная частота венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) неизвестна, как и до конца неизвестны реальные факторы риска развития фатальной тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА).
2. За последние 3 года в РФ отмечается рост показателя материнской смертности от ТЭЛА с 0,51 до 0,64 на 100000 рожденных живыми.
3. Приказ МЗ РФ № 203н от 10.05.2017 г. «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» требует отсутствия тромбоэмболических осложнений в период госпитализации, но при развитии фатальной ТЭЛА после выписки из стационара ваши действия по тромбопрофилактике будут проанализированы детально и при расхождении с действующими протоколами (клиническими рекомендациями) отрицательные выводы не заставят себя ждать.
4. Проведение фармакологической тромбопрофилактики (НМГ) во время беременности безусловно должно проводиться крайне осторожно (RCOG,2015, ACOG,2013), но после операции кесарево сечение выделить пациенток, имеющих менее 2-х факторов риска ВТЭО и отказаться от применения антикоагулянтов чрезвычайно сложно (EJA, 2018). Мы рекомендуем тщательно обосновать в медицинской документации отказ от проведения фармакологической тромбопрофилактики (НМГ) в послеоперационном периоде.
5. При анализе медицинской документации и ваших действий при развитии фатальной ТЭЛА в качестве аргументов будут приниматься только российские протоколы (клинические рекомендации), которые действуют в настоящее время. Ни одно из зарубежных руководств, а тем более результаты отдельных исследований (даже очень качественных) при нарушении отечественных утвержденных рекомендаций рассматриваться не будут.
6. Клинические рекомендации (протоколы лечения) по применению антикоагулянтов во время беременности, родов и послеродовом периоде опубликованы в материалах Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов и обновлены в 2018 г.

**Комментарий эксперта**

**Белокриницкая Татьяна Евгеньевна** - д.м.н., профессор, Заслуженный врач РФ. Заведующая кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета, ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ, Президент Краевой Общественной Организации «Забайкальское общество акушеров-гинекологов», член правления Российского общества акушеров-гинекологов (Чита)

С мнением Александра Вениаминовича полностью согласна. Тромбопрофилактика данной категории пациенток необходима и прописана в клинических рекомендациях Российского общества акушеров-гинекологов, утвержденных МЗ РФ: «Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений в акушерстве и гинекологии». Клинические рекомендации (протокол) утв. МЗ РФ 27 мая 2014 года №15-4\10\2-3792. М.; 2014. 32 с.

С позицией экспертизы качества оказания медицинской помощи, руководствуясь ст 76 № 323-ФЗ и п1 приказа МЗ РФ №203, **отсутствие тромбопрофилактики будет рассматриваться, как ненадлежащее оказание медицинской помощи, а с юридической точки зрения - как причинение вреда здоровью бездействием** (хоть мы все прекрасно понимаем, что риск ВТЭО присутствует даже при надлежащем проведении тромбопрофилактики!).



*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

1КЕД 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

# Применение дексаметазона для профилактики послеоперационной тошноты и рвоты после введения длительного действия опиоидов нейроаксиально: систематический обзор и мета-анализ

Опиоиды длительного действия обеспечивают отличную анальгезию после операции, но связаны с более высокими показателями послеоперационной тошноты и рвоты. Дексаметазон эффективно предотвращает послеоперационную тошноту и рвоту после общей анестезии, но его ценность у пациентов, получающих нейроаксиальные опиоиды длительного действия, не определена.

Поэтому целью этого мета-анализа было оценить противорвотную эффективность (внутривенного) дексаметазона в этой популяции. Методология исследования соответствовала руководящим принципам PRISMA. Первичный результат заключался в необходимости введения дополнительных противорвотных препаратов в течение первых 24 часов после операции, анализируемых в соответствии с дозой дексаметазона (низкая доза 2,5-5,0 мг, промежуточная доза 6,0-10, 0 мг), сроки введения (начало или конец операции) и путь введения опиоидов (интратекальный или эпидуральный). Кроме того, была проанализирована частота осложнений (беспокойство, инфекция, гипергликемия). Было определено 13 исследований, в которых приняли участие 1111 пациентов. По сравнению с плацебо,



дексаметазон уменьшал потребность в дополнительных противорвотных препаратах (отношение риска (95% ДИ) 0,44 (0,35-0,56),  $I^2 = 43\%$ ,  $p < 0,00001$ , качество доказательств: умеренное), без различий между дозами дексаметазона ( $p$  для разницы подгрупп = 0,67), время введения ( $p$  для дифференциации подгруппы = 0,32) или пути введения опиоидов длительного действия ( $p$  для разницы подгрупп = 0,10). Ни у одного из пациентов не развилась инфекция или беспокойство среди исследований, которые искали эти осложнения. Ни в одном исследовании не измерялись уровни глюкозы в крови. В заключение, достаточно доказательств того, что внутривенный дексаметазон обеспечивает эффективную противорвотную профилактику в течение первых 24 часов после операции у пациентов, получающих нейроаксиальные опиоиды длительного действия.

Grape S, Usmanova I, Kirkham K, Albrecht E. Intravenous dexamethasone for prophylaxis of postoperative nausea and vomiting after administration of long-acting neuraxial opioids: a systematic review and meta-analysis. *Anaesthesia*. 2018 Apr; 73(4):480-489

**Комментарий эксперта**

**Погодин Андрей Михайлович** - заместитель главного врача по медицинской части Бюджетного учреждения здравоохранения Вологодской области «Череповецкая городская больница №2», врач анестезиолог-реаниматолог.

В 2002 году дексаметазон был разрешен к применению в качестве профилактического средства против рвоты. К настоящему времени уже имеется более 30 контролируемых исследований, посвященных антиэметической эффективности дексаметазона в профилактике периперационной тошноты и рвоты. По их результатам было опубликовано два обзора на уровне мета-анализа, благодаря которым выяснилось, что вероятнее всего, дексаметазон относится к наиболее эффективным антиэметикам.

Внутривенное введение дексаметазона является эффективным профилактическим средством, снижающим частоту послеоперационной тошноты и рвоты после общей анестезии, но его эффективность у пациентов, получающих нейроаксиальную анестезию, пока остается неопределенной после противоречивых результатов нескольких рандомизированных контролируемых исследований. Предыдущий мета-анализ, ограниченный пациентками женского пола, частично рассматривал этот вопрос, но его заключение было положительным только для пациенток получавших нейроаксиальную анестезию с применением морфина в качестве адьюванта. Для того, чтобы обеспечить более надежные и убедительные доказательства, исследователи S.Grape et al. (2017) провели систематический обзор и мета-анализ для оценки профилактической антиэметической эффективности внутривенного введения дексаметазона.

В данном систематическом обзоре и мет-анализе авторы исследовали профилактическую антиэметическую эффективность внутривенного введения дексаметазона у пациентов получавших нейроаксиальную анестезию с опиоидами в качестве адьювантов. В обзор было включено тринадцать исследований, в общей сложности 1111 пациентов. Поиск охватывал следующие электронные базы данных до апреля 2017 года: в Medline, Pubmed, в Excerpta medica, Центральный Кокрановский регистр контролируемых клинических испытаний (Центральный), веб. науки, Латинской Америки и Карибского бассейна.

Полученные результаты показывают, что дексаметазон снижает необходимость применения противорвотных средств в течение первых 24 часов после операции, и снижает частоту послеоперационной тошноты и рвоты. Дексаметазон обладает противорвотным действием независимо от того, вводят его в начале или в конце операции. Он эффективен у пациентов, которые получали опиоиды эпидурально и интратекально. Анализ показал, что нет никакой разницы между низкими дозами (2,5 мг) и максимальными (10 мг) дозами дексаметазона; это было подтверждено методом мета-регрессии. В исследованиях, изучающих оптимальную дозировку, авторы сделали предположение что наилучший профилактический эффект достигается дозой 5 мг, тогда как доза 2,5 мг только частично эффективна. Таким образом, внутривенное введение дексаметазона в дозировке 6-10 мг пациентам, получающим нейроаксиальную анестезию с применением опиоидов в качестве адьювантов, снижает частоту тошноты и рвоты в течении первых 24 часов после операции.

## Гипербарический по сравнению с изобарическим бупивакаином для спинальной анестезии при плановой операции кесарево сечение: систематический обзор

Этот систематический обзор 10 исследований (614 рожениц) не показал никаких различий между гипербарическим и изобарическим бупивакаином в показателях конверсии в общую анестезию или необходимости дополнительной аналгезии при операции кесарево сечение (КС). Было проведено всего три исследования, которые внесли вклад в результат аналогичной конверсии в общую анестезию, а пять исследований способствовали результату аналогичного требования для дополнительной аналгезии. Два исследования привели к результату более быстрого появления сенсорного блока до уровня Th4 с гипербарическим бупивакаином. Все другие анализы не выявили различий.



Кроме того, относительно небольшое количество рожениц, включенных в исследование, могут предполагать, что к результатам следует относиться с осторожностью, поскольку будущие более крупные исследования могут изменить эти результаты.

Конверсия в общую анестезию была редким событием в 10 исследованиях. В большинстве исследований не сообщалось о каких-либо конверсиях в общую анестезию; das Neves с коллегами и Javed с коллегами не выявили каких-либо существенных различий, и доказательство преимущества гипербарического бупивакаина в одном из исследований. Критерий, использованный в Vichitvejpraisal и коллегами для конверсии в общую анестезию, был, когда уровень обезболивания был признан неадекватным, но дальнейшие подробности не были даны.

Следует проявлять осторожность при интерпретации клинической значимости этого вывода.

В объединенной оценке использования дополнительной аналгезии также преобладало одно исследование, так как в этом исследовании сообщалось большее число событий, чем в других исследованиях. Большее количество событий может быть связано с использованием меньшей дозы бупивакаина у пациентов при комбинированной спинально-эпидуральной анестезии (КСЭА), что привело к более высокой вероятности дополнительной аналгезии.

Использование эфедрина было самым низким в исследовании Vercauteren и коллег, поскольку доза бупивакаина составляла всего 6,6 мг, используя методику КСЭА, по сравнению с более высоким потреблением эфедрина в исследованиях das Neves и коллег (12,5 мг бупивакаина) и Sarvela (9 мг бупивакаина) при спинальной анестезии. Для КС уровень анестезии Th4 считается стандартом, позволяющим безболезненно провести операцию. Поэтому авторы рассмотрели среднее время до появления сенсорного блока Th4, о чем сообщалось только в двух исследованиях. Оба исследования использовали потерю ощущения при уколе иглой, как тест на сенсорный уровень. Авторы не смогли проанализировать максимальный сенсорный уровень, достигнутый во время спинальной анестезии или регрессии блокады, из-за различных методов, используемых для тестирования сенсорного уровня. Vercauteren и коллеги использовали потерю ощущения

прикосновения для определения высоты сенсорного блока, в то время как другие использовали потерю ощущения от укола иглки или холода.

Неясно был ли риск смещения в отношении выборочного распределения, поскольку методы не были представлены в девяти исследованиях. В исследовании Richardson и коллег, две группы не были сбалансированы для прогностически важных факторов, например, предшествующих операций КС. Хотя невозможно маскировать анестезиолога, когда применяются региональные методы, были другие несогласованности в маскировании, вариации в дозе использованного бупивакаина и развитии сенсорного блока, изменения оценки гипотонии и введения эфедрина. Поэтому, учитывая как риск смещения, так и неточность, авторы классифицировали доказательства как «очень низкие» или «низкие» для пяти из семи результатов.

В заключение, нет убедительных доказательств в пользу изобарического или гипербарического бупивакаина или, наоборот,

для спинальной анестезии при КС. Из-за предположительных доказательств более быстрого появления сенсорного блока до уровня Th4, гипербарический бупивакаин может иметь некоторые преимущества. Однако требуется рандомизированное контролируемое исследование, в котором критерии для конверсии в общую анестезию и необходимость дополнительной анальгезии должны определяться объективно, применяться равномерно и сообщаться явно. Другие клинически значимые результаты, такие как оценки боли на разных этапах операции и время восстановления полной подвижности нижних конечностей, должны оцениваться стандартизированным образом. Все клинически значимые побочные эффекты должны быть оценены.

[Sng BL, Han NLR, Leong WL, Sultana R, Siddiqui FJ, Assam PN et al. Hyperbaric vs. isobaric bupivacaine for spinal anaesthesia for elective caesarean section: a Cochrane systematic review. \*Anaesthesia\*. 2018 Apr; 73\(4\):499-511](#)

# Волемиические и гемодинамические изменения у беременных, рожениц и родильниц

В статье рассмотрены вопросы физиологических изменений волемиического статуса во время беременности, родов и в послеродовом периоде, особенности функциональных и структурных изменений сердечно-сосудистой системы. Определение объема циркулирующей крови до сих пор является камнем преткновения для акушеров-гинекологов и анестезиологов-реаниматологов.

4

V.F. Snegirev Archives of Obstetrics and Gynecology, 2018, 5(1)

DOI <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2018-5-1-4-8>

Literature reviews

## Обзоры литературы

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018

УДК 618.2:7-092:612.131-07

Роненсон А.М.<sup>1</sup>, Шифман Е.М.<sup>2</sup>, Куликов А.В.<sup>3</sup>

### ВОЛЕМИЧЕСКИЕ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ, РОЖЕНИЦ И РОДИЛЬНИЦ

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

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

*В статье рассмотрены вопросы физиологических изменений волемиического статуса во время беременности, родов и в послеродовом периоде, особенности функциональных и структурных изменений сердечно-сосудистой системы. Определение объема циркулирующей крови до сих пор является камнем преткновения для акушеров-гинекологов и анестезиологов-реаниматологов. Наше представление о нормальном волемиическом статусе во время беременности важно в свете оценки кровопотери при развитии массивного акушерского кровотечения. Врачу необходимо знать, какие изменения в работе сердечно-сосудистой системы являются физиологическими, а какие патологическими при кровопотере, с учётом функциональных изменений в работе сердца, происходящих во время беременности, родов и в ближайшем послеродовом периоде. Более глубокое понимание этой проблемы поможет врачу избежать агрессивной инфузионной терапии, которая может привести к осложнениям.*

**Ключевые слова:** волемиический статус; беременность; сердечно-сосудистая система; физиологические изменения; оценка кровопотери.

**Для цитирования:** Роненсон А.М., Шифман Е.М., Куликов А.В. Волемиические и гемодинамические изменения у беременных, рожениц и родильниц. *Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва*. 2018; 5(1): 4—8. DOI <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2018-5-1-4-8>

Ronenson A.M.<sup>1</sup>, Shifman E.M.<sup>2</sup>, Kulikov A.V.<sup>3</sup>

### BLOOD VOLUME AND HEMODYNAMIC CHANGES IN PREGNANTS, PARTURIENTS AND PUERPERAE

<sup>1</sup>E.M. Bakunina Regional clinical perinatal center, Tver, 170036, Russian Federation;<sup>2</sup>M.F. Vladimirovsky Moscow Regional Research and Clinical Institute, Moscow, 129110, Russian Federation;<sup>3</sup>Ural State Medical Academy, 620028, Ekaterinburg, Russian Federation

*In the article, there are considered questions of physiological changes of the blood volume status during pregnancy, parturition and in the postpartum period, features of functional and structural changes of the cardiovascular system. The determination of the circulating blood volume is still a stumbling block for obstetrician-gynecologists and anesthesiologists-resuscitators. Our view of the normal blood volume status during pregnancy is important in light of the assessment of the blood loss in the development of massive obstetric hemorrhage. The doctor needs to know what changes in the cardiovascular system are physiological and which are pathological in case of blood loss, with taking into account the functional changes in the heart that occur during pregnancy, parturition and in the earliest postpartum period. A deeper understanding of this problem will help the doctor avoid aggressive infusion therapy, which can lead to complications.*

**Keywords:** blood volume status; pregnancy; the cardiovascular system; physiological changes; assessment of blood loss.

**For citation:** Ronenson A.M., Shifman E.M., Kulikov A.V. Blood volume and hemodynamic changes in pregnant, parturients and puerperae. *V.F. Snegirev Archives of Obstetrics and Gynecology, Russian journal*. 2018; 1(5): 4—8. (in Russian). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2018-5-1-4-8>

**For correspondence:** Aleksandr M. Ronenson, MD, Head of the Department of Anaesthesiology and Reanimation of the E.M. Bakunina Regional clinical perinatal center, Tver, 170036, Russian Federation; e-mail: a.ronenson@mail.ru

#### Information about authors:

Ronenson A.M. <https://orcid.org/0000-0002-2468-297X>Shifman E.M. <https://orcid.org/0000-0002-6113-8498>Kulikov A.V. <https://orcid.org/0000-0002-7768-4514>

**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

**Acknowledgment.** The study had no sponsorship.

Received 28.01.2018

Accepted 20.02.2018

#### Волемиические изменения

Во время беременности организм женщины подвергается значительным анатомическим и физиологическим

изменениям, которые возникают прежде всего из-за адаптации к метаболическим потребностям растущего плода [1—3]. Степень увеличения объема

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

# Знакомый незнакомец в созвездии местных анестетиков

Артикаин – современный эффективный малотоксичный анестетик амидного типа, широко применяющийся в стоматологии. С 2016 года артикаин зарегистрирован и разрешен в России для применения в различных областях хирургии и в акушерской анестезиологии. Важными преимуществами артикаина являются короткий латентный период, кратковременный эффект, непродолжительный моторный блок, что делает его препаратом выбора для спинальной, эпидуральной анестезии, хирургии «одного дня».

ОБЗОР

Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2018, том 17, №1, с. 54–61  
Gynecology, Obstetrics and Perinatology, 2018, volume 17, No 1, p. 54–61

DOI: 10.20953/1726-1678-2018-1-54-61

## Знакомый незнакомец в созвездии местных анестетиков

К.А.Боженков<sup>1</sup>, Е.М.Шифман<sup>2</sup>, А.М.Овезов<sup>2</sup>, А.В.Куликов<sup>3</sup>, Т.А.Густоварова<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Клиническая больница №1, Смоленск, Российская Федерация;

<sup>2</sup>Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского, Москва, Российская Федерация;

<sup>3</sup>Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Российская Федерация;

<sup>4</sup>Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск, Российская Федерация

Артикаин – современный эффективный малотоксичный анестетик амидного типа, широко применяющийся в стоматологии. С 2016 года артикаин зарегистрирован и разрешен в России для применения в различных областях хирургии и в акушерской анестезиологии. Важными преимуществами артикаина являются короткий латентный период, кратковременный эффект, непродолжительный моторный блок, что делает его препаратом выбора для спинальной, эпидуральной анестезии, хирургии «одного дня». Химически он отличается от других амидных анестетиков наличием тиофенового кольца вместо бензольного и эфирной группы. Тиофеновое кольцо обеспечивает большую растворимость в липидах, что повышает эффективность препарата, а эфирная группа – быстрый метаболизм артикаина как в тканях, так и в плазме. Метаболиты артикаина не являются активными, что свидетельствует о низкой токсичности препарата. Артикаин применяется для инфильтрационной, проводниковой, спинальной, эпидуральной и внутривенной регионарной анестезии. Быстрое наступление эффекта, низкая токсичность препарата позволяют использовать артикаин в детской стоматологии, у пожилых пациентов, беременных женщин. Однако в литературе на сегодняшний день недостаточно данных, свидетельствующих о большей безопасности и эффективности артикаина по сравнению с другими амидными анестетиками при проведении спинальной или эпидуральной анестезии, в том числе – в акушерстве, что обуславливает актуальность дальнейших исследований.

Ключевые слова: артикаин, регионарное обезбоживание, роды, спинальная анестезия, эпидуральная анальгезия

Для цитирования: Боженков К.А., Шифман Е.М., Овезов А.М., Куликов А.В., Густоварова Т.А. Знакомый незнакомец в созвездии местных анестетиков. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2018; 17(1): 54–61. DOI: 10.20953/1726-1678-2018-1-54-61

## A known stranger in the constellation of local anaesthetics

K.A.Bozhenkov<sup>1</sup>, E.M.Shifman<sup>2</sup>, A.M.Ovezov<sup>2</sup>, A.V.Kulikov<sup>3</sup>, T.A.Gustovarova<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>City Clinical Hospital No 1, Smolensk, Russian Federation;

<sup>2</sup>M.F.Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute, Moscow, Russian Federation;

<sup>3</sup>Urals State Medical University, Yekaterinburg, Russian Federation;

<sup>4</sup>Smolensk State Medical University, Smolensk, Russian Federation

The articaine is a modern effective low-toxic anaesthetic of the amide type widely used in dentistry. Since 2016 articaine has been registered and approved for use in Russia in various fields of surgery and in obstetric anaesthesiology. The important advantages of articaine are a short latent period, a short-term effect, a short duration of motor block, making it the drug of choice for spinal, epidural anesthesia in "one day" surgery. It differs chemically from other amide anaesthetics in that it has a thiophene ring instead of a benzene ring and also contains an aester group. The thiophene ring ensures a greater solubility in lipids, thus increasing the efficiency of the drug, and the aester group ensures rapid metabolism of articaine in both tissues and plasma. Articaine metabolites are not active, which is indicative of the drug low toxicity. Articaine is used for infiltration, conduction, spinal, epidural and intravenous regional anaesthesia. The rapid effect and the low drug toxicity allow to use articaine in pediatric dentistry, for elderly patients and pregnant women. However, in literature there is currently insufficient evidence of articaine's greater safety and effectiveness as compared with other amide anaesthetics used in spinal or epidural anaesthesia, including obstetrics, which necessitates. All the above mentioned cause the actuality of the further research.

Key words: articaine, regional anaesthesia, labour, spinal anaesthesia, epidural analgesia

For citation: Bozhenkov K.A., Shifman E.M., Ovezov A.M., Kulikov A.V., Gustovarova T.A. A known stranger in the constellation of local anaesthetics. Vopr. ginekol. akus. perinatol. (Gynecology, Obstetrics and Perinatology). 2018; 17(1): 54–61. DOI: 10.20953/1726-1678-2018-1-54-61

### Для корреспонденции:

Боженков Константин Александрович, кандидат медицинских наук, врач анестезиолог-реаниматолог Клинической больницы №1

Адрес: 214006, Смоленск, ул. Фрунзе, 40

Телефон: (481) 227-0753

E-mail: kbozhenkov@gmail.com

Статья поступила 07.12.2017 г., принята к печати 19.02.2018 г.

### For correspondence:

Konstantin A. Bozhenkov, MD, PhD, department of anaesthesiology and resuscitation, City Clinical Hospital No 1

Address: 40 Frunse str., Smolensk, 214006, Russian Federation

Phone: (4812) 270753

E-mail: kbozhenkov@gmail.com

The article was received 07.12.2017, accepted for publication 19.02.2018

# Нарушение когнитивной функции у пациенток после операции кесарево сечение

В обзоре представлены данные литературы об изменениях высших психических функций у пациенток, перенесших абдоминальное родоразрешение, зависимость этих изменений от вида и глубины анестезии, типа используемого анестетика, а также ряда независимых от самой операции причин – возраста больной, ее анамнеза и характера сопутствующей патологии. Обсуждается значимость своевременной диагностики, лечения и профилактики когнитивной дисфункции, что имеет высокое медико-социальное значение.

## ОБЗОР

Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2018, том 17, №1, с. 68–77  
Gynecology, Obstetrics and Perinatology, 2018, volume 17, No 1, p. 68–77

DOI: 10.20953/1726-1678-2018-1-68-77

## Нарушение когнитивной функции у пациенток после кесарева сечения

М.В.Королёв<sup>1</sup>, Е.М.Шифман<sup>2</sup>, А.М.Овезов<sup>2</sup>, А.В.Куликов<sup>3</sup>, С.А.Пряников<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Медицинский университет «Реавиз», Самара, Российская Федерация;

<sup>2</sup>Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского, Москва, Российская Федерация;

<sup>3</sup>Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Российская Федерация

В обзоре представлены данные литературы об изменениях высших психических функций у пациенток, перенесших абдоминальное родоразрешение, зависимость этих изменений от вида и глубины анестезии, типа используемого анестетика, а также ряда независимых от самой операции причин – возраста больной, ее анамнеза и характера сопутствующей патологии. Обсуждается значимость своевременной диагностики, лечения и профилактики когнитивной дисфункции, что имеет высокое медико-социальное значение.

**Ключевые слова:** анестезия, кесарево сечение, послеоперационная когнитивная дисфункция, Цитофлавин

**Для цитирования:** Королёв М.В., Шифман Е.М., Овезов А.М., Куликов А.В., Пряников С.А. Нарушение когнитивной функции у пациенток после кесарева сечения. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2018; 17(1): 68–77. DOI: 10.20953/1726-1678-2018-1-68-77

## Impairment of cognitive function in patients after caesarean section

M.V.Korolyov<sup>1</sup>, E.M.Shifman<sup>2</sup>, A.M.Ovezov<sup>2</sup>, A.V.Kulikov<sup>3</sup>, S.A.Pryanikov<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medical University «Reaviz», Samara, Russian Federation;

<sup>2</sup>M.F.Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute, Moscow, Russian Federation;

<sup>3</sup>Urals State Medical University, Yekaterinburg, Russian Federation

The review presents literature data about changes of higher mental functions in patients after abdominal delivery, dependence of these changes on the kind and depth of anaesthesia, the type of anaesthetic used, and also on a number of causes that are independent of the surgery itself – a patient's age, medical history and the character of concomitant pathology. A high medical and social significance of early diagnosis, treatment and prevention of cognitive dysfunction is discussed.

**Key words:** anaesthesia, caesarean section, postoperative cognitive dysfunction

**For citation:** Korolyov M.V., Shifman E.M., Ovezov A.M., Kulikov A.V., Pryanikov S.A. Impairment of cognitive function in patients after caesarean section. Vopr. ginekol. akus. perinatol. (Gynecology, Obstetrics and Perinatology). 2018; 17(1): 68–77. DOI: 10.20953/1726-1678-2018-1-68-77

**К**огнитивным функциям относят наиболее сложные функции головного мозга, с помощью которых осуществляется взаимодействие с окружающим миром. Когнитивная дисфункция (КД) характеризуется нарушениями памяти, речи, восприятия, мышления, внимания и других проявлений высшей корковой деятельности [1]. Если раньше считалось, что подобные расстройства по большей части свойственны пациентам пожилого возраста, то сейчас они часто наблюдаются и у молодых людей [2].

По мере развития анестезиологии стало очевидным, что общие анестетики могут быть причиной различных повреждений нервной системы, в том числе и КД различной степени тяжести [3]. Тем не менее в литературе нет однозначного

мнения о возможной зависимости формирования КД от метода анестезии, что диктует необходимость проведения исследований в данной области [4].

### Послеоперационная когнитивная дисфункция

Под послеоперационной когнитивной дисфункцией (ПОКД) понимают снижение когнитивных функций (по результатам нейропсихологического тестирования, отличающегося от исходных показателей на  $-1,96$  SD) в течение нескольких недель (кратковременная ПОКД) или месяцев (долговременная ПОКД) после операции [5]. ПОКД может возникать у пациентов разного возраста со средней частотой развития до 40% [6]. Например, заболеваемость ПОКД

### Для корреспонденции:

Королёв Михаил Вадимович, ассистент кафедры хирургических болезней медицинского университета «Реавиз», врач анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии и реанимации Самарской городской больницы №10  
Адрес: 443065, Самара, ул. Медицинская, 4  
Телефон: (846) 330-3263  
E-mail: korolevmikhailv@mail.ru

Статья поступила 15.01.2018 г., принята к печати 19.02.2018 г.

### For correspondence:

Mikhail V. Korolyov, MD, assistant at the chair of surgical diseases, Medical University «Reaviz», anaesthesiologist-resuscitation specialist at the department of anaesthesiology and resuscitation, Samara City Hospital No 10  
Address: 4 Meditsinskaya str., Samara, 443065, Russian Federation  
Phone: (846) 330-3263  
E-mail: korolevmikhailv@mail.ru

The article was received 15.01.2018, accepted for publication 19.02.2018



Открытие весеннего сезона команда Ассоциации встретила в **Сургуте 2-3 марта 2018 года**. Сразу стоит сказать, что, несмотря на непредсказуемость климата Западной Сибири, нам повезло с погодой, и все свое пребывание на Ханты-Мансийской земле мы наслаждались солнечными деньками. Традиционно данное мероприятие вызвало большой интерес специалистов, занятых в области акушерской анестезиологии. Более 400 участников собрались в конференц-зале Сургутского государственного университета.

Мероприятие открыла д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии медицинского института БУ ВО «Сургутский государственный университет», главный врач БУ «Сургутский клинический перинатальный центр», Заслуженный врач РФ – Лариса Дмитриевна Белоцерковцева.

**15-16 марта** в Уфе прошел 86-й Всероссийский образовательный форум «Теория и практика анестезии и интенсивной терапии: мультидисциплинарный подход». В этот раз свои двери для участников широко распахнул конференц-зал нового Республиканского Перинатального центра. Научную программу 86-го Всероссийского образовательного форума открыл Вице-президент АААР, профессор Куликов А.В. с докладом «Септические осложнения в акушерстве»



**29-30 марта 2018 года** в Смоленске прошел 87-й Всероссийский образовательный форум «Теория и практика анестезии и интенсивной терапии: мультидисциплинарный подход». Встречал участников мероприятия «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования».

**В конце Марта, в городе-герое Санкт-Петербурге прошла научно-образовательная конференция «Актуальные вопросы и инновационные технологии в анестезиологии и реаниматологии».** Одним из со организаторов конференции была Ассоциация акушерских анестезиологов - реаниматологов и во второй

день работала секция посвящённая «Анестезии и интенсивной терапии в акушерстве и гинекологии». Конечно же это вызвало огромный интерес у слушателей, так как президент ассоциации Е.М. Шифман и вице-президент А.Б. Куликов были модераторами этой секции и сами выступали с докладами.

Были освещены вопросы ведения послеродовых кровотечений, ДВС-синдрома. Вопросы, касающиеся ведения пациенток с ТМА, были представлены, как и в лекциях, так и при разборе клинического случая.

В работе Научно-образовательной конференции «Актуальные вопросы и инновационные технологии в анестезиологии и реаниматологии» приняли участие 620 делегатов из 78 городов Российской Федерации, 4 стран ближнего и дальнего зарубежья. Города ближнего и дальнего зарубежья представили делегаты из Витебска (Республика Беларусь), Нарвы (Эстония), Павлодара (Казахстан), Рима (Италия). Большую часть аудитории конференции составили специалисты по направлению анестезиология, реаниматология, интенсивная терапия, однако, междисциплинарный подход к формированию научной программы конференции позволил также привлечь врачей следующих смежных специализаций: скорая медицинская помощь, педиатрия, кардиология, неврология, нутрициология, хирургия, акушерство и гинекология.

#### **В рамках конференции состоялись следующие заседания:**

- Пленарное заседание
  - Частные вопросы интенсивной терапии
  - Безопасность пациента при проведении анестезии и интенсивной терапии -Гемостаз при критических состояниях
  - Анестезия и интенсивная терапия в кардиологии и кардиохирургии -Реаниматологическая помощь на догоспитальном этапе и при транспортировке
  - Вопросы лечения острой и хронической боли
  - Fast track хирургия или анестезия в онкологии
  - Анестезия и интенсивная терапия в акушерстве и гинекологии -Обеспечение проходимости дыхательных путей
  - Нутриционная поддержка
  - Анестезия при заболеваниях и травмах центральной нервной системы
  - Современные решения в интенсивной терапии и ранней реабилитации при лечении острой дыхательной недостаточности
  - Тяжелое повреждение головного мозга
  - Современные вопросы анестезиологии-реаниматологии
- Также, в научную программу были включены:
- 8 разборов клинических случаев -2 лекционных цикла
  - 1 секция молодых ученых

В качестве приглашенного лектора с докладами выступил профессор Федерико Билотта (Университет «Ла Сапиенца», Рим, Италия).

По материалам конференции был выпущен сборник тезисов и статей, с которым в открытом доступе вы сможете ознакомиться на [сайте конференции](#).



**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ  
И ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ  
В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ  
И РЕАНИМАТОЛОГИИ**  
30-31 МАРТА 2018  
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ,  
ОТЕЛЬ «ПАРК ИНН ПУЛКОВСКАЯ» (ПЛ. ПОБЕДЫ, 1)





## Решение Правительства принятое на заседании

19 апреля 2018 года

**О проекте федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” по вопросам клинических рекомендаций»**

Цель законопроекта – повышение качества организации и оказания медицинской помощи за счёт регламентации и унификации требований к клиническим рекомендациям и протоколам лечения, определяющим алгоритм действий медицинских работников в отношении пациентов в зависимости от клинических ситуаций. **Законопроектом вводятся понятия «клинические рекомендации»** и «протокол лечения (протокол ведения пациента)». Регулируется порядок разработки, утверждения и применения клинических рекомендаций и протоколов лечения.

Законопроект рассмотрен и одобрен 16 апреля 2018 года на заседании Комиссии Правительства Российской Федерации по законопроектной деятельности.

### ***Решение Правительства:***

Одобрить проект федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” по вопросам клинических рекомендаций» и внести его в Государственную Думу в установленном порядке.





## **ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

### **ПОСТАНОВЛЕНИЕ**

от 17 марта 2018 г. № 292

МОСКВА

**Об утверждении критериев, при условии соответствия которым медицинским профессиональным некоммерческим организациям, их ассоциациям (союзам) может быть передано осуществление отдельных функций в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации**

Внесено Минздравом России в целях установления чётких количественных критериев, при соответствии которым медицинским профессиональным некоммерческим организациям (далее – МПНО) может быть передано осуществление отдельных функций в сфере охраны здоровья граждан.

Согласно подписанному постановлению, МПНО, их ассоциации (союзы) должны одновременно соответствовать следующим критериям:

- объединять в своём составе более 50% МПНО, основанных на личном членстве врачей и объединяющих не менее 25% от общей численности врачей на территории субъекта Федерации;
- осуществлять не менее трёх лет деятельность по реализации и защите прав медицинских и фармацевтических работников, развитию медицинской и фармацевтической деятельности, содействию научным исследованиям, решению других вопросов, связанных с профессиональной деятельностью медицинских и фармацевтических работников.

Решение о соответствии МПНО установленным критериям будет принимать Минздрав России.

Принятое решение позволит уточнить критерии, при соответствии которым МПНО и их ассоциациям федеральным законом в установленном им порядке могут быть переданы такие функции в сфере охраны здоровья граждан, как участие в деятельности уполномоченных федеральных органов исполнительной власти, фондов обязательного медицинского страхования, в разработке программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Полный текст постановления на [сайте Правительства РФ](#)

**Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14.03.2018 г. № 136н "Об утверждении профессионального стандарта "Врач-неонатолог"**



**МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**  
(Минтруд России)

**ПРИКАЗ**

*14 марта 2018г.*

Москва

№ *136н*

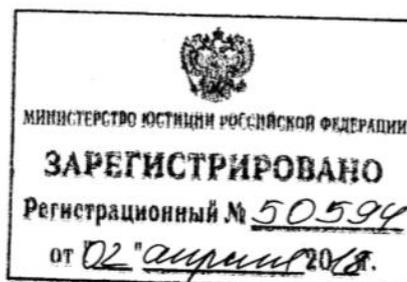
**Об утверждении профессионального стандарта  
«Врач-неонатолог»**

В соответствии с пунктом 16 Правил разработки и утверждения профессиональных стандартов, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 22 января 2013 г. № 23 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, № 4, ст. 293; 2014, № 39, ст. 5266; 2016, № 21, ст. 3002; 2018, № 8, ст. 1210), **п р и к а з ы в а ю:**

Утвердить прилагаемый профессиональный стандарт «Врач-неонатолог».

Министр

М.А. Топилин



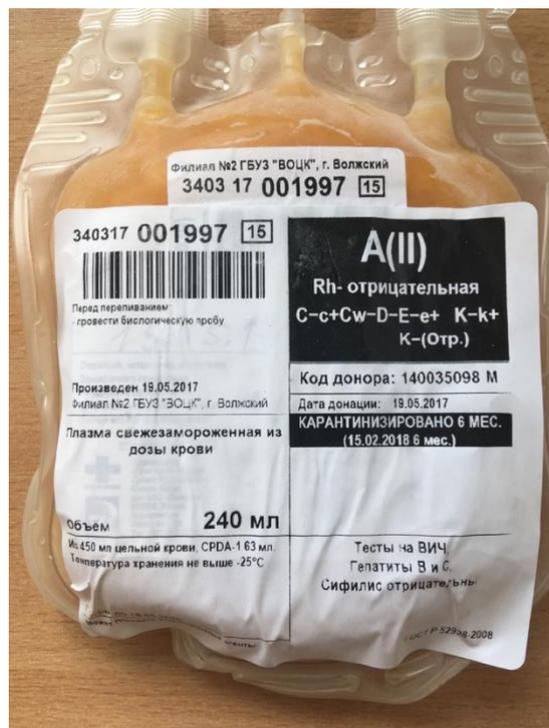
[Полный текст приказа](#)

## Профилактика TRALI-синдрома шагает по стране

Все больше и больше на карте России появляется регионов, которые реализуют программу профилактики TRALI – синдрома в акушерской практике. Хотим напомнить Вам, что первым регионом в этой списке стала Волгоградская область. Именно в ней была реализована маркировка плазмы, которая позволяет идентифицировать пол донора, что позволяет снизить риск TRALI – синдрома при массивной трансфузии компонентов крови.

Но Волгоградский регион пошел дальше! «Волгоградский областной центр крови» возобновил производство компонента крови «Криопреципитат», единственной среды, которая богата Фибриногеном, одним из важнейших факторов свертывания крови при массивном акушерском кровотечении. Да, это не решает вопрос о необходимости налаживания и производства препарата «Концентрат Фибриногена», но дает возможность улучшить качество оказания медицинской помощи при массивном акушерском кровотечении!

Помните, нет ничего невозможного!



КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ  
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ОБЛАСТНОЙ  
ЦЕНТР КРОВИ», ВОЛГОГРАД  
(ГБУЗ «ВОЦК»)  
ул. Голубинская, 9-А, Волгоград, 400131  
Тел. (8442) 37-16-16, Факс (8442) 37-69-56  
E-mail: vock@vomiac.ru  
ОКПО 01920731, ОГРН 1023402987024,  
ИНН/КПП 3443900101/344301001

13.04.2018 № 08-310

На № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

О производстве криопреципитата

Уважаемые коллеги!

В государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Волгоградский областной центр крови», Волгоград возобновлено производство компонента крови «Криопреципитат» – компонент крови, содержащий криоглобулиновую фракцию плазмы крови. Объем одной дозы не превышает 30 мл. и содержит не менее 100ЕД фактора VIII, не менее 140 мг фибриногена и небольшое количество фактора XIII.

Выдача криопреципитата будет производиться на тех же условиях, что и остальные компоненты крови (при наличии договора об обеспечении компонентами крови и требования-заявки).

Условия хранения криопреципитата – при температуре ниже -25°C. Условия транспортировки также при температуре ниже -25°C.

Для создания запаса криопреципитат выдаваться не будет.

Прошу информацию принять к сведению и учитывать ее при планировании гемотрансфузионной терапии.

Главного врача

*Я*

Е.Е. Ряснянская

## «Теория и практика анестезии и интенсивной терапии в акушерстве и гинекологии»

Первый совместный конгресс акушерской анестезиологии (ОАА-ОАИА),  
посвященный памяти Джеральдины О'Салливан



III Съезд Ассоциации акушерских  
анестезиологов-реаниматологов



**Палитра Петербургской осени заиграет новыми красками!**

## 2-е ИЗВЕЩЕНИЕ

### Уважаемые участники международного конгресса в Санкт-Петербурге!

С гордостью сообщаем Вам, что совместный конгресс Британской и Российской Ассоциаций акушерских анестезиологов расширяет свои границы.

Кроме лекторов из Великобритании и России, вы услышите докладчиков из Бельгии, Израиля, США и Польши!

В тесном сотрудничестве с нашими британскими коллегами мы составили для вас научную программу, охватывающую основные направления акушерской анестезиологии. Совместные чтения – это уникальный шанс узнать о современных тенденциях развития анестезии и интенсивной терапии в акушерстве от ведущих мировых специалистов.

Место проведения: 196240, г. Санкт Петербург,  
Площадь Победы д.1, Парк Инн Пулковская

**5-7 сентября 2018**

Больше информации на нашем сайте:  
[www.arfpoint.com](http://www.arfpoint.com)

<b>День 1. 5 Сентября</b>		
<b>Время</b>	<b>Тема заседания</b>	<b>Докладчик</b>
СЕКЦИОННОЕ ЗАСЕДАНИЕ 1	<b>АНАЛЬГЕЗИЯ В РОДАХ</b>	
	Анальгезия в родах – регионарные методы обезболивания	Dr. Roshan Fernando (GB)
	Медикаментозные методы обезболивания родов	Докладчик уточняется
	Постпункционная головная боль Вопросы/дискуссия	Dr. Alexander Ioscovich (ISR)
СЕКЦИОННОЕ ЗАСЕДАНИЕ 2	<b>АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ 1</b>	
	Анестезия при экстренном родоразрешении	Dr. Roshan Fernando (GB)
	Комбинированная спинально-эпидуральная/ спинальная анестезия при плановой операции кесарево сечение	Dr. Marcel Vercauteren (B)
	Определение степени срочности операции кесарево сечение	Dr. Nuala Lucas (GB)
	Лечение артериальной гипотонии, обусловленной спинальной анестезией – рекомендации международного консенсуса	Dr. Roshan Fernando (GB)
	Ультразвуковое исследование желудка для анестезиолога Вопросы/дискуссия ОБЕД	Bulat Tuyakov (PL)
СЕКЦИОННОЕ ЗАСЕДАНИЕ 3	<b>АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ 2</b>	
	Общая анестезия для операции кесарево сечение: вперед к новым методикам	Dr. Marc Van de Velde (B)
	Анальгезия после операции кесарево сечение	Докладчик уточняется
	Когнитивная дисфункция у пациенток после операции кесарево сечение 10 главных публикаций за истекшие 5 лет, которые изменили мою работу Обсуждение/дискуссия	Dr. Alexey Ovezov (RUS) Dr. Marc Van de Velde (B)
СЕКЦИОННОЕ ЗАСЕДАНИЕ 4	<b>ВОПРОСЫ ОСНАЩЕНИЯ В АКУШЕРСКОЙ АНЕСТЕЗИИ</b>	
	Трудные дыхательные пути	Alexandr Ronenson (RUS)
	Ультразвук и регионарная анестезия для акушерского анестезиолога Вопросы/дискуссия	Bulat Tuyakov (PL)
<b>День 2. 6 Сентября</b>		
СЕКЦИОННОЕ ЗАСЕДАНИЕ 5	<b>АКУШЕРСКОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ</b>	
	Послеродовое кровотечение – акушерская тактика	Dr. Sergey Barinov (RUS)
	Послеродовое кровотечение – анестезиологическая тактика	Dr. Alexander Ioscovich (ISR)
	Факторы свертывания при массивном акушерском кровотечении	Andrey Matkovski (RUS)
	Окситоцин и другие утеротоники при операции кесарево сечение: оптимизация применения препаратов Вопросы/дискуссия	Dr. Lawrence Tsen (USA)
СЕКЦИОННОЕ ЗАСЕДАНИЕ 6	<b>КРИТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ В АКУШЕРСТВЕ 1</b>	
	Хирургическая тактика у пациенток с патологической плацентацией	Andrey Zhilin (RUS)
	Презклампсия и HELLP-синдром	Dr. Robin Russell (GB)
	Тромботическая микроангиопатия в патогенезе осложнений презклампсии, эклампсии и HELLP-синдрома Вопросы/дискуссия	Dr. Efim Shifman (RUS)
СЕКЦИОННОЕ ЗАСЕДАНИЕ 7	<b>КРИТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ В АКУШЕРСТВЕ 2</b>	
	Проблемы ожирения в акушерской/анестезиологической практике	Dmitriy Marshalov (RUS)
	Акушерский сепсис	Dr. Alexandr Kulikov (RUS)
	Заболевания сердца во время беременности	Докладчик уточняется
	Амилаза слюны как предиктор осложнений у рожениц и родильниц Вопросы/дискуссия	Evgeniy Degtyarev (RUS)
СЕКЦИОННОЕ ЗАСЕДАНИЕ 8	<b>КОМАНДНАЯ РАБОТА АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА</b>	
	Оптимизация работы междисциплинарной бригады	Dr. Lawrence Tsen (USA)
	Снижение материнской смертности – уроки от международных баз данных Вопросы/дискуссия	Dr. Nuala Lucas (GB)
<b>День 3. 7 Сентября</b>		
СЕКЦИОННОЕ ЗАСЕДАНИЕ 9	<b>КРИТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ В АКУШЕРСТВЕ 3</b>	
	Неврологические осложнения в послеродовом периоде	Dr. Marcel Vercauteren (B)
	Сердечно-сосудистая катастрофа у беременных, рожениц и родильниц	Докладчик уточняется
	Венозные тромбозмболические осложнения (ВТЭО) в акушерской практике Вопросы/дискуссия	Alla Drobinskaya (RUS)
СЕКЦИОННОЕ ЗАСЕДАНИЕ 10	<b>АКТУАЛЬНЫЕ ТЕМЫ В АКУШЕРСКОЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ</b>	
	Послеродовая депрессия: есть ли связь с анестезией и анальгезией?	Oxana Ryazanova (RUS)
	Как нам предотвратить жалобы и судебные разбирательства?	Dr. Felicity Plaat (GB)
	Панельная дискуссия Вопросы/дискуссия	

Вся программа Съезда (Конгресса) на сайте [AAAP](http://www.aanp.org)

Этой осенью в Санкт-Петербурге пройдет **III Съезд Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов**. Впервые мероприятие приобретает статус международного конгресса. По традиции, его программа будет весьма насыщенной и разнообразной. Важно, что на площадках Конгресса ведется международный диалог, устанавливаются контакты по линии медицинских учреждений между учеными и практикующими врачами, предметно и профессионально обсуждаются актуальные проблемы и вызовы, пути преодоления общих угроз, а значит, укрепляется взаимное доверие. Особый интерес среди специалистов вызовет секция: «**Анестезия при операции кесарево сечение**».

Предлагаем вам продолжить знакомство с лекторским составом мероприятия.

### Доктор Нуала Лукас



Доктор Нуала Лукас, анестезиолог консультант, Нортвик Парк Хоспитал. Лондон. Доктор Лукас окончила медицинский факультет в Лондоне в 1991 году. В 1998-1999 годах получила первую стипендию по акушерским исследованиям, спонсируемую Ассоциацией акушерских анестезиологов Великобритании.

За это время она разработала нынешнюю четырехуровневую классификацию кесарева сечения. С 2003 года работает консультантом по акушерской анестезии в Нортвик Парк Хоспитал в Лондоне.

#### Темы лекций:

*Снижение материнской смертности. Уроки международных баз данных  
Определение степени срочности операции кесарево сечение*

### Евгений Николаевич Дегтярев

Врач высшей категории ГБУЗ АО АОКБ «Амурский областной перинатальный центр», отделение анестезиологии и реанимации акушерского стационара, аспирант кафедры акушерства и гинекологии ФПДО ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России (Благовещенск)



Евгений Николаевич Дегтярев окончил ординатуру по анестезиологии и реаниматологии в 2007 году. В 2017 году - по акушерству и гинекологии. В настоящее время врач высшей категории ГБУЗ АО АОКБ «Амурский областной перинатальный центр», отделение анестезиологии и реанимации акушерского стационара, аспирант кафедры акушерства и гинекологии ФПДО ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России.

Основные направления научной деятельности заключаются в изучении:

- особенностей родов и анестезиологического обеспечения пациенток юного возраста;
- влияния стресса на исход родов и анестезиологическое пособие.

Автор двух статей в «Европейском журнале анестезиологии», посвящённых объективной оценке стресса. Неоднократно выступал на Всероссийском образовательном форуме «Теория и практика анестезии и интенсивной терапии в акушерстве и гинекологии». Лауреат конкурса "Признание" в рамках первой национальной премии лучшим врачам России, "За проведение уникальной операции, спасшей жизнь человека". Автор нескольких патентов и рационализаторских предложений.

#### Темы лекций:

*Амилаза слюны как предиктор осложнений у рожениц и родильниц*



## «Из дальних странствий...»

*Болонья, февраль 2018 года*

Дорогие коллеги! В феврале 2018 года нам с Александром Вениаминовичем Куликовым довелось побывать в Болонском университете. Несколько дней шло обсуждение клинических рекомендаций по ведению беременных, рожениц и родильниц с заболеваниями сердца. Но, об этом нам еще предстоит поговорить. Здесь же мне бы хотелось отвлечь ваше внимание коротким рассказом о медицинском музее этого старейшего университета.

Болонья расположена в области Эмилия-Романья на севере Италии неподалёку от Флоренции и Римини. Болонья – это колорит старинного города: старые крепостные стены, узкие и кривые улочки, старинные здания, портики и аркады, многочисленные памятники старины — церкви и палаццо, высокие башни. Архитектура исторического центра города относится к 13-14 веку. Ученые считают, что Болонья была основана этрусками примерно в 510 году до н. э.

*Болонский университет* - старейший университет Европы, основанный в 1088 году. Болонский университет положил основу европейского образования. В Болонском университете практиковали совершенно иной подход к обучению — женщины могли преподавать и учиться в здесь наравне с мужчинами. Здесь обучались Данте Алигьери, Франческо Петрарка, Гвиницелли, Николай Коперник. Здесь проводили исследования Гальвани, Александро Вольта. В 17 веке Болонья становится интеллектуальным центром всей Европы. Сюда съезжаются знаменитые учёные, выпускники Университета совершают важные открытия. В университете сегодня обучаются 90 тыс. студентов.

### *Школа акушерства.*

В 1758 году Джованни Антонио Галли (1708-1782), профессор хирургии Болонского университета, основал в Палаццо Погги школу акушерства, где начал преподавать науку родовспоможения врачам и акушеркам с использованием восковых и глиняных моделей и акушерских инструментов, воспроизводя конкретные клинические ситуации. Практическая сторона уроков Д.А. Галли основывалась на трехмерных моделях. Сегодня эти муляжи представлены в музее школы акушерства в Палаццо Погги. Модели были разработаны для демонстрации и обучения анатомии репродуктивной системы. Муляжи выполнены из раскрашенной глины и показывают изменения матки соответственно срокам беременности, а также различные возможные положения плода. Но самой инновационной была возможность практического выполнения пособий на этих «муляжах-машинах», разработанных для обучения и тестирования студентов. В центре экспозиции представлены сцены практических занятий на моделях Д.Ф. Галли.

**Е.М. Шифман**

Мы предлагаем вам виртуально побывать в музее школы акушерства в Палаццо Погги и познакомиться с некоторыми фотографиями этих моделей, [пройдите по ссылке](#) и при желании вы сможете оставить ваш комментарий к фото.



## Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов



ARFPPOINT.RU

Рейс	Пункт назначения	Дата
84	Рязань	1-2 февраля
85	Сургут	2-3 марта
86	Уфа	15-16 марта
87	Смоленск	29-30 марта
88	Майкоп	5-6 апреля
89	Волгоград	20-21 апреля
90	Архангельск	29-30 мая
91	Иркутск	15-16 июня
92	Якутск	21-22 июня
93	Санкт-Петербург (Международный образовательный Конгресс АААР и ОАА памяти Джеральдины О'Салливан. III-й Съезд АААР)	5-7 сентября
94	Владивосток	21-22 сентября
95	Грозный	5-6 октября
96	Набережные Челны	18-19 октября
97	Симферополь	1-2 ноября
98	Кызыл	15-16 ноября
99	Ставрополь	23-24 ноября
100	Курск	6-7 декабря
101	Киров	14-15 декабря
102	Астрахань	20-21 декабря

2018