



WWW.ARFPOINT.RU

Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов
Obstetrical Anesthesiologists Intensivists Association

online журнал

Вестник акушерской анестезиологии

online journal **Obstetric Anesthesia Digest**

**№6(8)
2018**

Июнь



№6(8) Июнь 2018

№6(8) June 2018

Вестник акушерской анестезиологии

Obstetric anesthesia digest



WWW.ARFPOINT.RU

Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов
Obstetrical Anesthesiologists Intensivists Association

online журнал

Вестник акушерской анестезиологии

online journal **Obstetric Anesthesia Digest**

№6(8)

2018

Июнь

С о д е р ж а н и е

Статья	Стр.
Синдром гиперстимуляции яичников	4
Обзор судебных дел по интраоперационной боли при операции кесарево сечение в Великобритании	18
Эффективность транексамовой кислоты на ранних тапах введения при послеродовом кровотечении: анализ подгруппы в исследовании WOMAN	32
Выбор гипнотика для индукции общей анестезии при операции кесарево сечение: систематический обзор и мета-анализ рандомизированных контролируемых исследований	35
Метаболизм сульфата магния в послеродовом периоде: интригующий, но еще не доказанный механизм	35
Карбетоцин по сравнению с окситоцином для профилактики атонического послеродового кровотечения при нормальных вагинальных родах с одноплодной беременностью высокого риска: тройное слепое РКИ	38
Новости	39
Диагностическое заблуждение как причина эффективного лечения	41
Особенности центральной гемодинамики у женщин с многоплодной беременностью (обзор литературы)	42
Члены АААР в Кокрановских обзорах	43
Знакомство с лекторским составом III Съезда АААР	44

Синдром гиперстимуляции яичников

Введение

Синдром гиперстимуляции яичников (СГЯ) является необычным, но серьезным осложнением, связанным с контролируемой стимуляцией яичников во время вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). СГЯ происходит примерно в 1% - 5% циклов. Тем не менее, истинную частоту трудно определить, поскольку отсутствует строгое определение консенсуса. В Соединенном Королевстве в настоящее время

наблюдается увеличение частоты ЭКО, примерно 2% всех родов результат оплодотворения *in vitro*.

Фармакологическое стимулирование яичников требует тщательного баланса между получением достаточного количества ооцитов, чтобы оптимизировать показатели успеха, избегая при этом рисков гиперстимуляции.

Таблица 1. Классификация СГЯ в зависимости от степени тяжести

Степень	Клинические проявления
Легкая	Вздутие живота Легкая боль в животе Легкая тошнота / рвота Диарея Размер яичников обычно < 8 см
Средняя	Умеренная боль в животе Тошнота +/- Рвота УЗИ признаки асцита Размер яичников обычно 8 – 12 см
Тяжелая	Асцит +/- гидроторакс Легкая дыхательная недостаточность Олигоурия (< 300 мл/день) Гемоконцентрация (Гематокрит > 45%) Гипонатриемия (Натрий < 135 ммоль/л) Гипопротеинемия (Альбумин 35 г/л)
Критическая	Напряженный асцит Большой гидроторакс Тяжелая дыхательная недостаточность Аритмии Гематокрит > 50% Лейкоцитоз > 25 тыс Олигоурия / анурия Тромбэмболия ОРДС

Классификация СГЯ

СГЯ можно классифицировать в зависимости от степени тяжести: легкая,

умеренная, тяжелая и критическая. Его также можно разделить, в зависимости от периода начала заболевания, на ранний (в течение 7

дней после забора ооцитов) и поздний (через 10 дней после забора ооцитов). Раннее начало СГЯ связано с экзогенным введением ХГЧ (хорионический гонадотропин человека) для созревания яйцеклеток у пациенток с чрезмерной реакцией яичников на стимуляцию. Позднее начало СГЯ происходит в результате эндогенного ХГЧ при ранней беременности. СГЯ часто более выражен и не предсказуем предшествующим ответом яичников на стимуляцию (табл. 1).

Патофизиология

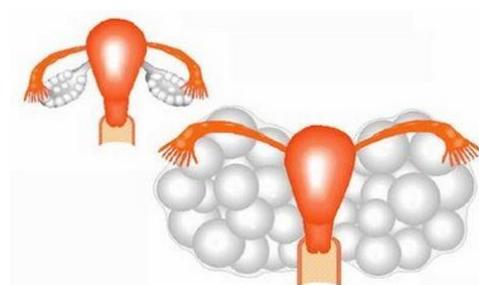
Ключевым физиологическим изменением, лежащим в основе клинического проявления СГЯ, является повышенная проницаемость сосудов. Это приводит к экстравазации жидкости из внутрисосудистого русла в «третье пространство». Существует много гипотез, предложенных для объяснения этой повышенной проницаемости сосудов, однако наиболее важными факторами являются, во-первых, секреция вазоактивных медиаторов из яичника и, во-вторых, активация системы ренин-ангиотензина внутри яичников. Фактор роста эндотелия сосудов (VEGF) представляет собой вазоактивный гликопротеин, секретируемый гранулезными клетками гиперстимулированных яичников. VEGF, как известно, стимулирует пролиферацию сосудистых эндотелиальных клеток, способствует ангиогенезу яичников и увеличивает проницаемость сосудов, частично опосредованную через путь оксида азота.

Недавние исследования показывают, что уровни VEGF напрямую коррелируют с тяжести СГЯ. Предполагается, что ХГЧ является решающим фактором развития СГЯ путем активации внутри яичников системы ренин-ангиотензина, которая играет роль в регуляции проницаемости сосудов, пролиферации эндотелия, ангиогенеза и простагландинов. В дополнение к этому, ХГЧ

увеличивает высвобождение VEGF-A путем взаимодействия с рецептором VEGF 2. Смещение жидкости в «третье пространство» может вызвать глубокое внутрисосудистое истощение и гемоконцентрацию. Наступает электролитный дисбаланс, включающий гипонатриемию, гиперкалиемию и дефицит оснований. Гиповолемия приводит к снижению перфузии почек и печени, что приводит к олигоурии/анурии и изменениям коагуляционного каскада. Внутрисосудистая гемоконцентрация и гиперэстрогенное состояние значительно повышают риск тромбозов (рис. 1).

Факторы риска СГЯ

Частота СГЯ может быть снижена путем выявления женщин с факторами риска, которым проводится контролируемая стимуляция яичников (КСЯ). Факторы риска СГЯ могут быть ранее существовавшими или могут развиваться позже в результате проводимого лечения.



Возраст менее 30 лет (молодые женщины очень отзывчивы к лечению, так как они имеют увеличенное количество фолликулов и рецепторов гонадотропина, которые чувствительны к стимуляции), низкий ИМТ, поликистоз яичников (из-за большого количества антральных фолликулов) и СГЯ в анамнезе. Афроамериканские женщины подвергаются высокому риску по сравнению с другими этническими группами. Высокий уровень антимюллеровского гормона (АМГ), продуцируемый гранулезными клетками, является лучшим предиктором. Большое количество антральных фолликулов (АФ), ≥ 24 , является фактором риска, однако он подвержен изменчивости между исследованиями. Быстро растущий уровень эстрадиола, большое количество фолликулов (> 14 с диаметром 8-12 мм), отмеченных во время лечения, большое количество ооцитов (> 20) и

использование ХГЧ для лютеиновой поддержки по сравнению с прогестероном являются другими факторами риска, но они могут обеспечить небольшую вероятность развития СГЯ.

Повышенные уровни VEGF демонстрируют хорошие результаты в качестве предикторов СГЯ, но в настоящее время результаты противоречат друг другу. Треть случаев тяжелого СГЯ отмечалась в ЭКО без каких-либо факторов риска. Это подчеркивает важность повышенного внимания во время КСЯ и необходимость надлежащего консультирования пациенток.

Существует доказательство, что СПЯ, повышенные значения АМГ, пиковые уровни эстрадиола, многофокусное развитие и большое количество извлеченных ооцитов связаны с повышенным риском СГЯ (Уровень доказательств В).

Профилактика

Ключевым краеугольным камнем в профилактике СГЯ является идентификация этих факторов риска. Хотя полная профилактика все еще невозможна, стратификация риска и последующая индивидуальная обработка значительно уменьшат частоту СГЯ. Профилактика классифицируется как первичная и вторичная. Первичная профилактика направлена на предоставление индивидуализированного лечения пациентам с известными ранее факторами риска, в то время как вторичная профилактика фокусируется на пациентах, у которых развиваются факторы риска при стимуляции яичников.

Первичная профилактика

Терапия метформинем для профилактики синдрома поликистозных яичников (СПЯ):

Метформин является безопасным и эффективным сенсбилизирующим инсулином, который снижает риск СГЯ путем ингибирования секреции VEGF. Недавний

Кокрановский обзор показал, что метформин снижает риск СГЯ на 63% и увеличивает частоту беременностей без изменения коэффициента рождаемости. Рекомендуется ежедневная доза 500-2000 мг, 4 месяца до стимуляции яичников и поддержание дозировки до забора яйцеклеток, положительного теста на беременность или до 12 недель беременности.

Снижение дозы ХГЧ (цикл внутриматочной инсеминации): СПЯ является известным фактором риска в развитии СГЯ, и целенаправленная работа на однофолликулярную овуляцию в стимулированных циклах ограничивает частоту СГЯ. Доза используемых гонадотропинов снижается до 75 МЕ ежедневно в течение первых 13 дней. За этим следует небольшое увеличение 37,5 МЕ в течение 7 дней или до тех пор, пока не будет отмечен ответ яичников. Это называется повышающим режимом и связано с низким риском развития СГЯ, низким риском отмены цикла и увеличением скорости однофазного развития. Ограничивающая стимуляция для сохранения лидирующего фолликула не более 12 мм также связана с уменьшением частоты СГЯ.

Сокращение длительности приема гонадотропина при ЭКО / ИКСИ: это достигается за счет использования протоколов мягкой стимуляции, когда использование ФСГ (фолликулостимулирующих гормонов) откладывается до середины поздней фолликулярной фазы. Применение ФСГ в день индукции ХГЧ увеличивает риск СГЯ и ее следует избегать.

Использование протоколов антагонистов гонадотропин-рилизинг гормона (ГнРГ): недавний Кокрановский обзор 2016 года показал, что протоколы антагонистов связаны с уменьшением риска СГЯ без существенной разницы в частоте рождаемости по сравнению с агонистами.

Мета-анализ в 2014 году, изучающий влияние протоколов антагонистов ГнРГ у женщин с СПЯ, не показал общей разницы в частоте СГЯ между группами антагонистов и агонистов, однако снижение было отмечено, когда легкий СГЯ был исключен из анализа, а случаи среднего и тяжелого СГЯ были объединены вместе.

Имеются убедительные доказательства для протоколов стимуляции яичников с использованием антагонистов ГнРГ с целью снижения риска СГЯ (Уровень доказательств А).

Альтернативные препараты для запуска овуляции: использование ХГЧ для активации овуляции и его связь с риском СГЯ в настоящее время хорошо известны. Этот риск одинаковый как для мочевого ХГЧ (мХГЧ), так и для рекомбинантного ХГЧ (рХГЧ). Даже при низкой дозе 5000 МЕ нельзя исключить риск СГЯ. Существуют альтернативы ХГЧ для запуска овуляции:

а) Агонисты ГнРГ - недавний мета-анализ показал положительное влияние на репродуктивный результат без увеличения частоты СГЯ. Однако оптимальная поддержка лютеиновой фазы еще должна быть установлена. До тех пор, пока это не будет известно, безопасная альтернатива после запуска овуляции с агонистами ГнРГ заключается в том, чтобы планомерно заморозить все эмбрионы и перенести в последующий естественный или стимулированный цикл. При выборе этого лечения добавляются дополнительные расходы и неудобства для пациента.

б) Рекомбинантный ЛГ (лютеинизирующий гормон) - использование рекомбинантного ЛГ в недавнем Кокрановском обзоре не уменьшало частоту тяжелого СГЯ. Кроме того, частота беременности была ниже, а затраты выше.

Индивидуализированные режимы лечения: это связано с выявлением пациенток

с высоким уровнем риска за счет использования биомаркеров, в частности сочетания уровней АМГ и АФ. Затем режим лечения адаптируется в соответствии с их уровнями, тем самым уменьшая частоту СГЯ.

Ограничение использования ХГЧ для поддержки лютеиновой фазы: использование прогестерона, вместо ХГЧ, продемонстрировало уменьшение вдвое риска СГЯ и значительное увеличение частоты родов. Поэтому для поддержки лютеиновой фазы рекомендуется использовать прогестерон вместо ХГЧ.

Созревание *in vitro* (IVM): после извлечения незрелых ооцитов IVM является безопасной альтернативой, но она широко не используется, поскольку скорость беременности и имплантации не такая высокая, как при ЭКО. Однако из-за недавних улучшений в методах криоконсервации улучшились и клинические исходы. Таким образом, IVM является безопасной альтернативой.

Ингибиторы ароматазы: в Кокрановском обзоре не было отмечено различий в частоте СГЯ с использованием ингибиторов ароматазы, таких как летрезол. Следовательно, его не стоит использовать рутинно.

Вторичная профилактика

Заморозка всех ооцитов / эмбрионов: этот метод включает криоконсервацию всех ооцитов / эмбрионов после забора и перенос ооцитов позднее в не стимулированном цикле. Это не уменьшит количество случаев раннего начала СГЯ, но криоконсервация уменьшит частоту позднего начала СГЯ. Использование агонистов ГнРГ в качестве альтернативы для запуска овуляции наряду с криоконсервацией устраняет риск СГЯ. Имеются данные, свидетельствующие о других преимуществах переноса эмбриона в не стимулированный цикл, включая сниженный риск

преждевременных родов, СЗРП, низкий вес при рождении и перинатальную смертность. По последним данным наблюдается небольшое увеличение числа крупных детей для гестационного возраста.

Выжидательная тактика: выжидание - стратегия, в которой использование гонадотропинов задерживается вместе с ХГЧ в течение нескольких дней, пока уровень эстрогена в сыворотке не снизится до приемлемых значений. Продолжительность задержки обычно составляет 3 - 4 дня, стоит так же рассмотреть отмену цикла, когда выжидание более 4 дней не достигло безопасных условий для запуска овуляции. Полученные ооциты после длительного выжидания имеют более низкое качество, а последующая имплантация и показатели беременности хуже. Хотя он широко используется, он не является общепринятой техникой. Кокрановский обзор не показал никаких доказательств полезности использования выжидания для предотвращения СГЯ (Уровень доказательств С).

Отмена цикла: гарантированный метод устранения СГЯ — это отмена цикла и задержка введения ХГЧ. Тем не менее, существует связанная с этим финансовая и эмоциональная нагрузка для пациентки с этой превентивной стратегией.



Альбумин и гидроксиэтилкрахмал (ГЭК): было сообщено, что введение 25% альбумина во время забора ооцитов может помочь уменьшить частоту СГЯ путем связывания и дезактивации вазоактивных медиаторов. Кокрановский обзор обнаружил лишь ограниченные доказательства пользы, и поэтому рутинное использование альбумина не рекомендуется. ГЭК - безопасная альтернатива альбумину, и Кокрановский мета-анализ предполагает статистически значимое снижение частоты тяжелых СГЯ. Необходимы дальнейшие исследования, прежде чем его рутинное использование станет рекомендацией. Стоит обратить внимание, что в РФ использование препаратов ГЭК не рекомендовано при данной патологии.

Агонисты допамина: агонисты допамина действуют путем инактивации рецептора VEGF2 и предотвращения увеличения проницаемости сосудов. Каберголин 0,5 мг принимается ежедневно со дня инъекции ХГЧ в течение 8 дней. Существует небольшое количество доказательств того, что агонисты допамина уменьшают частоту возникновения, но не тяжести СГЯ, при одинаковой частоте беременности с рутинным применением.

Стратегии по профилактики СГЯ		
Рекомендуется	Будущие исследования	Не рекомендуется
Уменьшение дозы гонадотропина Метформин Каберголин Антагонисты ГнРГ, как триггер овуляции	Выжидание ГЭК Индивидуализированный подход при СПЯ	Использование ГнРГ Рекомбинантного ЛГ ХГЧ для лютеиновой поддержки Инфузия альбумина Ингибиторы ароматазы

Клиническая картина

СГЯ имеет разнообразное клиническое течение и может включать поражение нескольких органов и систем, включая желудочно-кишечный тракт, мочеполовую, дыхательную, ЦНС и сердечно-сосудистую системы. К клиническим особенностям СГЯ относятся следующие:

Напряженность передней брюшной стенки, боль, тошнота и рвота

Обычно первыми симптомами являются вздутие живота и боль в животе. Они часто являются единственными симптомами и связаны с увеличенными яичниками, которые иногда могут достигать размера 25 см. При тяжелой форме СГЯ вздутие живота может быть вторичным по отношению к увеличению давления в брюшной полости из-за асцита. В связи с этим развивается тошнота, рвота, летаргия и потеря аппетита. Острая боль в животе может развиться из-за внутрибрюшинного кровотечения или разрыва кист яичников.

Перитонит развивается редко, вторичной по отношению к крови в результате разрыва кисты и высвобождения медиаторов воспаления.

Асцит

При критическом СГЯ, напряжений асцит может вызвать сердечно-сосудистые нарушения путем ограничения венозного возврата (преднагрузка), оказывая давление на нижнюю полую вену и таким образом уменьшая последующий сердечный выброс.

Гипотония

Гипотония дополнительно усугубляется внутрисосудистым истощением жидкости, вторичным по отношению к уменьшенной почечной перфузии и переходу жидкости из внутрисосудистого русла в «третье пространство».

Дыхательная недостаточность

Одышка является наиболее частым респираторным симптомом и редко может быть следствием отека легких, плеврального выпота, перикардального выпота или ателектаза. ОРДС взрослых - редкое и опасное для жизни состояние, которое невозможно вылечить сразу, и которое может привести к интерстициальному фиброзу и остановке сердца.

Тромбоэмболия

Сниженная мобильность, истощение внутрисосудистой жидкости, гемоконцентрация и изменения в каскаде свертывания все предрасполагают к тромбоэмболии с предрасположенностью к частям верхней половины тела и артериальной системе, которая может присутствовать с неврологическими симптомами, такими как головокружение, потеря зрения или боль в шее.

Риск венозной тромбоэмболии в первом триместре «нормальной» беременности составляет 0,2 / 1000 беременных, увеличиваясь до 0,8 / 1000 для беременности с ЭКО и далее до 16,8 / 1000, когда беременность с ЭКО осложняется СГЯ.

Диагностика

Врачи должны иметь высокий уровень подозрения на СГЯ у всех пациенток, проходящих индукцию овуляции и контролируемую стимуляцию яичников.

Оценка пациентов

Все пациенты с симптомами должны быть подвергнуты полной клинической оценке, а также стратификации риска и пересмотру протокола стимуляции. Оценка должна охватывать характер, продолжительность и тяжесть симптомов, и наличие сопутствующих заболеваний. Осмотр должен включать оценку жизненно важных признаков, массы тела и окружности брюшной полости. Необходимо учитывать наличие асцита, плеврального выпота и венозного тромбоза. Как правило,

избегают обследований малого таза, чтобы предотвратить травму расширенных яичников.

Обследование

Обследования первой линии, которые могут помочь в диагностике, включают анализ крови и УЗИ органов малого таза. Исследования крови должны включать гемоглобин, гематокрит, мочевины, креатинин, альбумин, ферменты печени и С-реактивный белок. Гематокрит $> 45\%$, натрий натрия < 135 ммоль/л, калий $> 5,0$ ммоль/л и повышенный уровень креатинина указывают на тяжесть заболевания. УЗИ проводится для оценки увеличения яичников, размера и количества лютеиновых кист и степени скопления жидкости в области таза / брюшной полости. Рентгенограмма грудной клетки показана только при наличии симптомов / признаков патологии органов грудной клетки, и, как правило, ЭКГ и ЭХО-КГ используются для исключения чрезмерного выпота.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальный диагноз при СГЯ включает инфекцию / абсцесс малого таза, внематочную беременность, аппендицит и осложнения кист яичников, такие как перекрут, кровотечение или разрыв кисты.

Лечение

Профилактика и раннее распознавание являются ключевыми факторами в сокращении тяжести СГЯ. Большинство симптомов являются единичными и обычно разрешаются в течение 2 недель после начала, и часто бывает достаточно консервативного лечения. Однако варианты лечения варьируются в зависимости от тяжести симптомов. Необходимо обучение пациенток и их информированность, и должен быть предоставлен 24-часовой контактный номер с письменной информацией.

Лечение обычно связано с инфузионной терапией для поддержания внутрисосудистой перфузии и симптоматической терапией. Редкий, но опасный для жизни риск тяжелой

гиповолемии связан с артериальной или венозной тромбозомболией; поэтому профилактическое назначение НМГ оправдано в случаях тяжелого СГЯ с момента постановки диагноза в первом триместре беременности.

Амбулаторное лечение

Пациентки с легкой или средней тяжестью СГЯ могут лечиться амбулаторно. Женщинам должна быть дана четкая письменная информация о том, когда обращаться за помощью. Консультирование пациенток, анальгезия и адекватная гидратация являются основой лечения. Питье должно поддерживаться на уровне не менее 1 литра в день, и нет никаких доказательств, чтобы рекомендовать растворы электролитов по сравнению с водой для гидратации. Женщинам рекомендуется пить до жажды и записывать свой вес каждый день. Боль облегчается с помощью простой анальгезии, такой как парацетамол и кодеин. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС) следует избегать, так как они могут еще больше ухудшать функцию почек и могут также мешать имплантации. Тошноту и рвоту следует лечить с помощью противорвотных препаратов, которые считаются безопасными во время беременности. Пациентки должны регулярно оцениваться. Женщинам следует осознавать, что их симптомы могут прогрессировать, если происходит беременность, из-за эндогенного ХГЧ. Длительный постельный режим повышает риск тромбозомболии и его следует избегать.

Стационарное лечение

Показания для госпитализации включают в себя трудноизлечимую рвоту, боль в животе, не облегчаемую простой анальгезией, прогрессирование вздутия живота, дыхательная недостаточность, олигурия и ухудшение анализов крови, в основном гематокрит $> 45\%$. Анальгезия и противорвотные средства аналогичны

амбулаторному лечению могут также вводиться парентерально.

Инфузионная терапия

Чтобы предотвратить полиорганную недостаточность и обеспечить перфузию тканей и органов, необходимо поддерживать адекватный внутрисосудистый объем. Существует острая потребность в восполнении объема у пациенток, поступивших в больницы, однако введение жидкости может способствовать увеличению асцита. Поэтому необходим строгий контроль водного баланса. Начальная гидратация может начинаться с быстрой инфузии в 1000 мл нормального физиологического раствора, за которым следует солевой раствор, если есть адекватный диурез и нормализация гемоконцентрации. Инфузию поддерживают со скоростью 125-150 мл/час, чтобы обеспечить адекватный диурез > 20 - 30 мл/час. Если кристаллоиды не могут поддерживать адекватный диурез, они могут быть заменены коллоидными растворами. Наиболее часто используемый коллоид это 25% альбумина в дозе 50 грамм, вводимый в течение 4 часов. Его можно повторить с интервалом 4-12 часов по мере необходимости. Использование Дексатрнов связано с развитием ОРДС, и, следовательно, их стоит не использовать. Диуретики в сочетании с коллоидами можно рассмотреть, как только будет адекватно восполнен внутрисосудистый объем, а гематокрит составит < 38%. Внутривенная инфузия должна быть прекращена, а объем питья увеличен после возникновения достаточного диуреза и разрешения симптомов.



Парацентез

Парацентез является важным компонентом лечения тяжелой формы СГЯ. Выполнение парацентеза с использованием ультразвуковой диагностики через переднюю брюшную стенку или трансвагинально,

сокращает продолжительность пребывания в больнице. Парацентез уменьшает внутрибрюшное давление и улучшает перфузию органов.

Размещение тонкого дренажа позволяет полностью дренировать и избежать повторного парацентеза. Торакоцентез рассматривается после тщательной оценки степени дыхательной недостаточности. Для лечения плеврального выпота может потребоваться оставление дренажа. Раннее удаление скопления жидкости и добавление кислорода снижает риск гипоксии.

Тромбопрофилактика

Женщины с тяжелой формой СГЯ имеют высокий риск тромбоэмболических осложнений. СГЯ в первом триместре имеет риск 4 в соответствии с рекомендациями Королевской коллегии акушеров и гинекологов (Великобритания) и, следовательно, имеет все показания к тромбопрофилактике. Тромбопрофилактика включает предотвращение дегидратации, использование компрессионного трикотажа и использование НИГ (низкомолекулярного гепарина). Оптимальная продолжительность лечения пока неясна и поэтому нуждается в индивидуализации.

Интенсивная терапия

Критический СГЯ требует многодисциплинарного вмешательства и поддержки интенсивной терапии для лечения почечной недостаточности или легочных осложнений. Ведение критического СГЯ включает мониторинг центрального венозного давления / легочного давления. Почечная недостаточность может быть скорректирована дофамином низкой дозы, но иногда может потребоваться и диализ. Терапия дыхательной недостаточности может включать инсуффляцию

кислорода и даже вспомогательную вентиляцию, когда консервативные методы лечения не срабатывают. Прерывание беременности может быть рассмотрено в крайне редких и опасных для жизни вариантах СГЯ.

Хирургическое лечение

Хирургическое лечение рассматривается только в редких случаях, когда СГЯ осложняется эктопической беременностью или перекрутом яичника. Поскольку гиперстимулированные яичники являются полнокровными, имеющими множество сосудов, оперативное лечение должно проводиться только опытными хирургами.

Заключение

СГЯ является серьезным осложнением контролируемой стимуляции яичников. В идеале женщины, подверженные риску этого расстройства, должны быть идентифицированы до стимуляции, и следует выбирать протоколы

стимуляции, которые минимизируют риск СГЯ. Использование протоколов антагониста ГнРГ с агонистом ГнРГ (с или без ХГЧ с низкой дозой) для инициирования окончательного созревания ооцитов является особенно эффективной стратегией. Другие стратегии, которые показывают некоторую выгоду, включают использование каберголина и криоконсервацию всех эмбрионов, а не подсадку. Если стратегии профилактики СГЯ неэффективны и пациент испытывает тяжелый СГЯ, рекомендуется инфузионная терапия, симптоматическая терапия, парацентез и профилактическое назначение НМГ.

[Kumar P, Sait SF, Sharma A, Kumar M. Ovarian hyperstimulation syndrome. Journal of Human Reproductive Sciences. 2011;4\(2\):70-75](#)

[Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Prevention and treatment of moderate and severe ovarian hyperstimulation syndrome: a guideline. Fertil Steril. 2016 Dec;106\(7\):1634-1647](#)

Комментарий эксперта



Маршалов Дмитрий Васильевич - врач анестезиолог-реаниматолог высшей категории ГУЗ "Саратовская городская клиническая больница №1 им. Ю.Я. Гордеева", руководитель городского центра клинической гемостазиологии и трансфузиологии, доцент кафедры симуляционных технологий и неотложной медицины ФГБОУ ВО "Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского" Минздрава России, канд. мед. наук.

Первая успешная процедура экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) была выполнена в 1977 году, и в 1978 году родился первый ребенок «из чашки Петри» – девочка по имени Луиза Браун. И только в 2010 году создатель первого в мире центра ЭКО ученый-физиолог Роберт Джеффри Эдвардс получил Нобелевскую премию по физиологии и медицине за разработку технологии искусственного оплодотворения. Следует сказать, что вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) не только дают возможность

бесплодным парам обрести родительское счастье, но и таят в себе «серьезные» осложнения, такие как синдром гиперстимуляции яичников (СГЯ). Впервые синдром был описан в 1943 году как «syndrome d'hyperluteinisation massive des ovaries», а первый летальный исход СГЯ зафиксирован в 1951, как видите, задолго до первого успешного ЭКО. Летальные исходы СГЯ продолжают регистрироваться ежегодно.

Согласно данным регистра ВРТ российской ассоциация репродукции человека,

комбинированная частота умеренного и тяжелого СГЯ в расчете на лечебный цикл составила 0,57%. Тем не менее, приведенные данные, основанные на числе госпитализированных пациенток, вряд ли следует считать объективными, так как с одной стороны в число этих пациенток могут быть включены женщины с риском развития синдрома, в то время как другие случаи госпитализации не учтены. Постоянное наращивание плана рождаемости во всех регионах России с организацией доступности и приоритетности ЭКО для женщин с бесплодием неизбежно будет сопровождаться увеличением СГЯ. В связи с этим, мне хотелось бы выделить несколько проблем:

Первая – стремление достичь целевых показателей плана зачастую находит свое отражение в игнорировании идентификации факторов риска СГЯ и включению в программу ЭКО заведомо «опасных» пациенток. Следует отметить, что треть случаев тяжелого СГЯ отмечалась в ЭКО без каких-либо факторов риска. Это подчеркивает важность повышенного внимания во время стимуляции яичников и необходимость надлежащего консультирования пациенток.

Далее мы сталкиваемся с второй проблемой – отсутствие достаточного количества квалифицированных специалистов, а нам непременно хотелось, чтобы они были еще и опытными. Как следствие, надлежащее консультирование пациенток и подготовка их к ВРТ не могут быть выполнены на 100%.

Третья проблема – наличие большого количества методов первичной и вторичной профилактики свидетельствует об их низкой эффективности. Положительные результаты применения, практически каждой из представленных технологий, имеют доказательность низкого и, только в редких случаях, умеренного качества. Представляется, что внедрение некоторых методик является следствием моды. Ярким примером является метформин, якобы показавший свою эффективность в профилактике инсульта, рака,

синдрома поликистозных яичников и преэклампсии. Десять лет назад публиковались данные об увеличении частоты преэклампсии и мертворождения при использовании метформина у беременных с диабетом 2 типа. СГЯ также, как преэклампсия остается «болезнью теорий», сотни публикуемых ежегодно статей до сих пор не раскрыли патогенеза этого «необычного» осложнения. Таким образом, предотвратить развитие СГЯ пока не представляется возможным.

Для анестезиологов-реаниматологов СГЯ интересен с позиции синдрома полиорганной дисфункции, однако, в публикуемых клинических руководствах, раздел интенсивной терапии представлен лишь симптоматической терапией. Стратегия лечения заключается в реагировании по отклонению, а не по предвидению. Инфузионная терапия начинается при жизнеугрожающей гемоконцентрации; парацентез при олигурии, переходящей в анурию, дыхательной недостаточности, артериальной гипотензии, т.е. при уже развившейся полиорганной недостаточности. Анализируя последний *The Management of Ovarian Hyperstimulation Syndrome. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Green-top Guideline No. 5* от 2016 года следует отметить, что нового в стратегии лечения СГЯ за последнее десятилетие не появилось.

Наша рабочая группа в течение многих лет занимается изучением проблемы СГЯ. Накопленный практический опыт лечения пациенток с тяжелым и критическим СГЯ позволяет сделать выводы об идентичности патогенеза, течения, стратегии лечения СГЯ и синдрома внутрибрюшной гипертензии (ВБГ).

Принятая классификация тяжести СГЯ отражает последовательность вовлеченности в процесс органических нарушений. Дебютом клинической картины СГЯ является желудочно-кишечная симптоматика. Тошнота, диарея, вздутие живота присутствуют практически в 100% случаев. Биохимические маркеры печеночной дисфункции наблюдаются

в 25-45% случаев, т.е. у каждой третьей пациентки. Результаты биопсии печени у пациенток с СГЯ показали значительные морфологические нарушения на ультраструктурном уровне. Описаны случаи рецидивирующего течения холестаза при пролонгировании гестации вплоть до III триместра беременности.

Описанный в литературе процесс развития синдрома ВБГ, независимо от этиологического фактора, также указывает на первичность повреждения ЖКТ. Компрессия мезентериальных вен приводит к абдоминальной венозной гипертензии; снижается мезентериальный кровоток; вследствие низкого перфузионного давления развивается ишемия кишечника; растет региональное PCO_2 , внутрижелудочный ацидоз; возрастает интерстициальный отек и проницаемость, в результате чего повышается транслокация бактерий; прогрессивно растет концентрация провоспалительных цитокинов (IL-1b, IL-6, TNFa); нередко возникают язвенные кровотечения и некротический энтероколит; развивается паралитический или механический илеус; перитонеальная адгезия. Вследствие снижения спланхического кровотока нарушается порто-коллатеральный кровоток; развивается висцеральный отек печени; снижается метаболизм глюкозы; прогрессирует лактат ацидоз; растет концентрация токсических метаболитов.

При возрастании тяжести СГЯ до умеренной развиваются нарушения мочевыделительной функции почек. До недавнего времени это объяснялось выраженной гиповолемией и сдавлением паренхимы почек увеличенными яичниками. S. Maslovitz и соавт. в своей работе впервые указал на связь динамики внутрибрюшного давления (ВБД) при СГЯ и нарушений показателей почечного кровотока, диуреза и азотистого баланса.

Известно, что уже при достижении уровня ВБД более 10-12 мм рт.ст. возникает компрессия паренхимы почек; снижается

эффективность ренального кровотока; развивается тубулярная дисфункция; снижается диурез (олигурия и анурия); возрастает преренальная азотемия, концентрация антидиуретического гормона, ренина, ангиотензина, альдостерона, что потенцирует артериальную вазоконстрикцию.

Дальнейшее прогрессирование СГЯ сопровождается респираторными нарушениями. Затрудненное дыхание встречается в 92% случаев, но с развитием плеврального выпота его можно связать лишь в 21% случаев СГЯ. Объяснение лежит в патофизиологии ВБГ: поджатие диафрагмы приводит к внешнему сдавлению легочной паренхимы; функциональные объемы легких при этом значимо уменьшаются, а дыхательное мертвое пространство увеличивается; развиваются компрессионные ателектазы; растет внутрилегочный шунт, снижается вентиляционная диффузия; нарастает гиперкапния, снижается транспорт кислорода; за счет увеличения внесосудистой воды легких нарастает альвеолярный отек, что повышает риск развития ОРДС; активация легочных нейтрофилов приводит к воспалительной инфильтрации легких и увеличению частоты легочных инфекционных осложнений.

При росте ВБД дальнейшее краниальное смещение диафрагмы приводит к кардиальной компрессии; продолжает расти плевральное и внутригрудное давление; снижается кровоток в нижней полой вене, венозный возврат, преднагрузка; снижается глобальный конечно-диастолический объем сердца и глобальная, право-лево желудочковая фракция выброса; возрастает общее периферическое сосудистое сопротивление, резистентность сосудов легких, давление в легочной артерии, что также неблагоприятно влияет на баланс внесосудистой воды легких; венозный стаз увеличивает частоту венозных тромбозов и легочного тромбоза. Кардиоваскулярные эффекты ВБГ усиливаются при гиповолемии. При СГЯ также отмечают значимое снижение венозного возврата,

сердечного выброса и рост сосудистого сопротивления. Самой серьезной проблемой при СГЯ являются тромботические осложнения, при тяжелых формах СГЯ встречающиеся в 10% случаев.

ВБГ неблагоприятно влияет и на центральную нервную систему. Высокое внутригрудное давление затрудняет венозный отток по внутренним яремным венам, следствием чего является увеличение внутричерепного давления. Закономерным является повышение цереброваскулярной резистентности и снижение церебрального перфузионного давления. При СГЯ в литературе также описаны случаи развития доброкачественной внутричерепной гипертензии.

ВБГ также нарушает маточный кровоток, что неблагоприятно влияет на вынашивание беременности. При проведении анализа зависимости неблагоприятных исходов беременности и выраженности ВБГ при СГЯ была выявлена сильная положительная корреляционная связь – $r = 0,726$, $p < 0,001$.

Таким образом, сопоставляя симптоматику и осложнения СВБГ с критериями, используемыми для классификации тяжести СГЯ, можно констатировать, что они практически идентичны.

На развитие ВБГ влияют четыре группы факторов: первая и вторая группы это факторы, способствующие увеличению содержимого брюшной полости и накоплению патологической жидкости или газа. При СГЯ к ним относятся увеличенные яичники, асцит, кишечный илеус и пневматоз кишечника. Зависимость ВБД от объема брюшной полости нелинейна. Согласно нашим данным, именно растяжимость передней брюшной стенки является определяющим фактором прогрессирования внутрибрюшной гипертензии при СГЯ. Комплайнс брюшной стенки уменьшается по мере увеличения содержимого живота. Следует отметить, что интенсивность роста ВБД в ответ на

увеличение внутрибрюшного объема напрямую зависит от исходного комплайнса брюшной стенки женщины. Так, более интенсивный прирост ВБД будет наблюдаться у первобеременных, астеников, женщин с наличием рубцовых изменений на передней брюшной стенке и спаечным процессом в брюшной полости. Молодой возраст и астенический тип телосложения являются факторами риска развития тяжелой формы СГЯ.

В третью группу входят факторы, способствующие снижению растяжимости передней брюшной стенки. К факторам, способствующим снижению растяжимости передней брюшной стенки и накоплению патологической жидкости в брюшной полости также относится синдром «капиллярной утечки», свойственной для СГЯ. В свою очередь, факторы способствующие прогрессированию «капиллярной утечки» выделяются в отдельную – четвертую группу. К ним относятся: ацидоз, коагулопатия, бактериемия, сепсис, агрессивная инфузионная терапия и политрансфузия. Кроме того, что все эти факторы мы наблюдаем при тяжелой и критической форме СГЯ, сам патогенез СГЯ связан с повышенной сосудистой проницаемостью.

Дополнительным подтверждением состоятельности концепции патогенетической роли ВБГ в формировании неблагоприятных исходов при СГЯ являются данные эффективности абдоминальной декомпрессии.

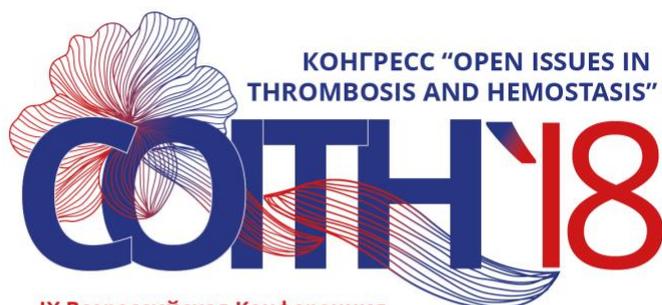
Благотворные физиологические эффекты лапароцентеза были зарегистрированы при лечении массивного асцита, в том числе у пациенток с СГЯ. Еще в 1967 году С.М. Knauer и Н.М. Lowe выявили, что выполнение парацентеза у больных циррозом печени привело к снижению ВБД и увеличению ударного объема сердца. Аналогичные результаты в 1975 году получили М. Guazzi и соавт., подтвердившие, что парацентез приводит к увеличению венозного возврата и улучшению наполнения камер сердца. I. Thaler

и соавт. были первыми, кто описал преимущества парацентеза у пациенток с СГЯ и сообщили о значительном клиническом улучшении состояния после удаления асцитической жидкости. Значимое улучшение почечного кровотока и увеличение диуреза после парацентеза у пациенток с СГЯ описано многими авторами. S.L. Padilla и соавт. в своем исследовании эффектов парацентеза при тяжелой форме СГЯ отметили снижение выраженности легочной симптоматики, купирование тяжелой дыхательной недостаточности. После эвакуации асцитической жидкости у больных с СГЯ также отмечено снижение гематокрита и лейкоцитоза. Выполнение парацентеза у беременных выявило увеличение маточной перфузии. Положительную динамику, оцениваемых авторами показателей у больных с СГЯ, можно объяснить только эффектом снижения ВБД вследствие удаления жидкости. Однако было отмечено, что в большинстве случаев статистически значимое снижение ВБД регистрировалось при удалении жидкости не менее 2000 мл. В тоже время улучшение почечного кровотока и мочевыделительной функции почек происходило при удалении гораздо меньших объемов жидкости. Этот результат наводит на мысль, что эффект парацентеза зависит не от объема удаленной жидкости, а от декомпрессии как таковой.

Одной из задач лечения СГЯ является предотвращение прогрессирования тяжести заболевания. Рекомендуются ранее критериями для выполнения парацентеза являлись жалобы на одышку, вздутие живота, абдоминальные боли, олигурия и неэффективность проводимого лечения. В руководстве «The management of ovarian hyperstimulation syndrome, Green-top guideline, № 5» от 2006 года одним из показаний к

проведению лапароцентеза являлось повышение ВБД более 20 мм рт.ст (Уровень рекомендаций – III). Если СГЯ рассматривать с позиций синдрома ВБГ, то ранняя декомпрессия, даже при умеренной форме СГЯ, когда асцит еще невыраженный, вероятно будет обоснована. В последние годы произошла переоценка значимости ВБГ при СГЯ. В руководствах «Ovarian Hyperstimulation Syndrome (OHSS). Diagnosis and Management. Guideline № 9» и «The Prevention of Ovarian Hyperstimulation Syndrome. Sogc clinical practice guideline № 315» рекомендуется выполнение ранней декомпрессии, даже в амбулаторных условиях (Уровень рекомендаций 2B-II). Было доказано, что проведение кульдоцентеза способствовало предотвращению прогрессирования СГЯ до его тяжелых форм.

Таким образом, анализ литературных данных подтверждает гипотезу о потенциальной роли ВБГ в развитии тяжелых форм СГЯ и его осложненных исходов. Сравнение патофизиологии и клинической картины указывает, что клиника тяжелого СГЯ и связанная с ним органная дисфункция, практически идентична синдрому ВБГ, широко описанному при критических состояниях в различных областях медицины. Классическая триада, включающая респираторные нарушения, уменьшение венозного возврата, нарушение перфузии внутренних органов присутствует и при тяжелом СГЯ и при синдроме ВБГ. Следовательно, и принципы терапии СГЯ должны соответствовать принципам терапии синдрома ВБГ. Проблема ВБГ и ее влияния на течение и исходы СГЯ остается недостаточно освещенной как в отечественной, так и в зарубежной литературе, что стимулирует к дальнейшим исследованиям в данной области.



**IX Всероссийская Конференция
по клинической гемостазиологии и гемореологии**

Дорогие друзья и коллеги!

Мы рады пригласить Вас к участию в объединенном конгрессе «Open Issues in Thrombosis and Hemostasis» совместно с IX Всероссийской конференцией по клинической гемостазиологии и гемореологии, которая пройдет в Санкт-Петербурге с 4 по 6 октября 2018 года.

Конференция по клинической гемостазиологии стала замечательной традицией отечественной медицины. Особенностью нашего мероприятия является его мультидисциплинарность, позволяющая объединить исследователей, клиницистов, фармакологов, специалистов по лабораторной медицине, жизнь и работа которых связана с изучением системы гемостаза.

Это мероприятие - совместный проект двух команд – Российской и международной, чья совместная работа даст возможность подготовить уникальную научную программу на основе лекций, презентаций и обсуждений. Главная цель нашей работы - способствовать развитию новых форм сотрудничества в дружественной атмосфере и непринужденной обстановке.

Программа Конференции охватит широкий круг вопросов тромботических и геморрагических осложнений, трансфузионной тактики, антитромботической и гемостатической терапии на основании современных представлений и последних достижений клинической и фармакологической науки.

Не пропустите возможность увидеться с друзьями и коллегами в прекрасном городе Санкт-Петербурге – городе, полном истории, мистики, литературных героев и современных событий, прекрасном и величественном!

Ждем Вас!



**Вавилова
Татьяна
Владимировна**

*д.м.н., профессор,
Председатель 9-ой
Всероссийской Конференции
по клинической
гемостазиологии
и гемореологии*

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕМАТИКИ

- Тромбоз и гемостаз при раке
- Тромбоз и гемостаз у женщин
- Тромбоз и гемостаз в педиатрии
- Тромбоз и гемостаз при трансплантации органов и стволовых клеток
- Тромбоз и гемостаз у пациентов с коморбидностью
- Тромбоз и гемостаз в неврологии
- Тромбоциты и их мониторинг
- Артериальные тромбозы
- Венозные тромбозэмболические осложнения
- Тромбогеморрагические синдромы
- Геморрагические заболевания, Кровотечения и Patient Blood Management
- Фибринолиз, протеолиз и микрочастицы
- Клиническая гемореология и микроциркуляция

CONGRESS ON OPEN ISSUES IN THROMBOSIS & HEMOSTASIS

Зарубежные спикеры конгресса

P.Mannucci	M.Levi	P.Prandoni	P.Verhamme	C.van Ommen
D.Varon	F.Rodeghiero	M.Colucci	C.Becattini	P.Coppo
G.Kenet	S.Coccheri	R.Lijnen	J.-F.Brun	A.Lubetsky
B.Brenner	L.Badimon	U.Nowak-Gottl	N.Antonova	E.Lev
F.Rosendaal	T.Padro	C.Patrono	U.Windberger	R.Ljung



**Международная
инициатива**

«Open Issues in
Thrombosis and
Hemostasis»

Одобрено



Под эгидой



Под эгидой



При поддержке



Организатор

National Association of experts on thromboses, clinical hemostasiology and hemorheology

www.coith2018.com

Обзор судебных дел по интраоперационной боли при операции кесарево сечение за 21 год в Великобритании

Около 92% всех операций кесарево сечение (КС) в настоящее время в Великобритании проводятся под нейроаксиальной анестезией. Это означает, что риски, связанные с общей анестезией, ранее являвшейся основной причиной материнской смертности, в значительной степени уменьшаются. Однако на их месте появилась боль при КС. Интраоперационная боль является наиболее распространенным иском о халатности, связанной с нейроаксиальной анестезией против акушерских анестезиологов в Великобритании. В период с 2000 по 2010 год ущерб, нанесенный исками, связанным с акушерской анестезией, превысил 19 миллионов фунтов стерлингов (102 миллиона рублей).

Медицинская халатность — это гражданский иск, основанием для которого является страдания пациента от вреда, причиненного врачом, который оказывает медицинскую помощь. Если халатность доказана, ответчик несет финансовую компенсацию потерпевшего пациента за любой ущерб, причиненный в результате халатности. Заявитель (пациент) должен доказать:

1. Что обвиняемый (врач) обязан был оказать ему (пациенту) помощь; это обычно доказывается легко - если врач взаимодействует с пациентом в профессиональном качестве, тогда он обязан оказывать помощь;
2. Что работа врача была ниже установленного стандарта. Стандарт оценивается с использованием теста «Болам», т.е. ответчик должен «действовать в соответствии с практикой, принятой надлежащим образом ответственными экспертами, квалифицированными в этом области». Совсем недавно тест Болама был изменен тестом Болито, так что медицинская

практика должна быть «принята как должная», а также «логичной и защищенной».

3. Что пациент получил вред, как прямой результат некачественного оказания услуги. Многие иски терпят неудачу по этому поводу, потому что трудно доказать, что «на балансе вероятности» (т.е. с вероятностью более 50%) вред не случился бы от действия (или бездействия) врача.

D. G. Bogod (Консультант, отделения анестезиологии, больницы Ноттингемского университета NHS Trust, Ноттингем, Великобритания) выступал, как эксперт в суде по 367 искам о халатности, связанной с акушерской анестезией за последний 21 год. Семьдесят шесть (21%) из них были вызваны жалобами на боль во время операции КС. Анестезиологическая практика была оценена D. G. Bogod, как халатность в 140 из 367 (38%) случаев в акушерской базе данных и в 56 из 76 (74%) случаев, связанных с болью при КС.

Из этих исков вытекают некоторые общие моменты, касающиеся согласия на анестезию; проверки уровня сенсорного блока; обезболивания пациента при интраоперационной боли; и профессионализм. Статья рассматривает эти темы, иллюстрирует их и освещает полученные уроки для практикующих анестезиологов.

NB!!! «Вся следующая информация основана на законодательстве Великобритании»

Согласие на анестезию

Халатность в контексте неверного согласия

Пациент может успешно подать в суд на своего врача за халатность, если он сможет убедить суд в том, что принятие решения о выборе анестезии было сделано на основании предоставления различной информации.

Халатность при согласии была фактором ровно 50% исков, связанных с болью во время КС. В этих случаях информация, раскрытая пациенту, была либо недостаточной, либо не была задокументирована анестезиологом.

Раскрытие информации

Случай с Советом Монтгомери в Ланаркшире, заслушанный в Верховном суде в мае 2015 года, установил юридические стандарты раскрытия информации для подписания действительно верного согласия. Судьи заявили, что пациенты должны быть информированы о «всех существенных рисках» и что «проверка существенности заключается в том, что разумный человек в положении пациента, вероятно, придаст значимость риску». Это строгий стандарт, особенно в условиях ограниченного времени в системе здравоохранения, но закон говорит, что мы должны предупреждать наших пациентов о любом риске, независимо от того, насколько маловероятен он. Это решение было «декларативным», что означает, что закон когда-либо был таким, и поэтому он будет применяться к уже прошедшим случаям, затрагивающим вопрос согласия.



Подписание согласия перед операцией

Согласие — это процесс, а не одно событие, и он должен способствовать обмену информацией в двух направлениях, чтобы можно было достичь взаимоприемлемого плана ведения. Хотя в большинстве случаев нейроаксиальная анестезия считается самым безопасным методом анестезии при КС, необходимо, чтобы обсуждались риски и преимущества всех вариантов анестезии. Врачу разрешено давать рекомендации относительно «наилучшего» метода анестезии, врач не может оказывать давление на пациентов в принятии этого решения. Поэтому, врач может рассматривать общую анестезию (ОА), как возможный вариант, и может объяснить,

почему в большинстве случаев нейроаксиальная анестезия предпочтительнее. Иногда женщина может предпочесть ОА, несмотря на советы об обратном, и она имеет право сделать такой выбор. Тем не менее, пациентка не может настаивать на лечении, мотивируя тем, что врач не считается с ее интересами, хотя следует подчеркнуть, что определение «наилучших интересов» выходит за рамки только ее медицинских интересов, включая ее социальное, культурное и психологическое благополучие.

Следует помнить, что закон не признает «терапевтических привилегий» для анестезиологов, пытающихся защитить своих пациентов от правды о рисках или ограничениях на лечение.

У Миссис А было четыре предыдущих операции кесарево сечение и была запланирована пятая, которая была осложнена предлежанием плаценты. У нее была сложная анестезиологическая история: кесарево сечение (1) спинальная анестезия (СА) - чувствовала дискомфорт на протяжении всей процедуры; (2) СА: (2,5 мл 0,5% гипербарического бупивакаина + 25 мкг фентанила) - медленное распространение до T8, дискомфорт после разреза кожи, конверсия в общую анестезию (ОА); (3) спинальная: (2,5 мл 0,5% гипербарического бупивакаина + 300 мкг диаморфина) - блок не распространился до груди, боль при тестировании с помощью щипцов, переход на ОА до разреза кожи; и (4) КСЭА – требовался Кетамин для седации при «высоком уровне ощущения».

Вполне разумно, миссис А попросила общую анестезию для своего пятого КС. Анестезиолог, который не была консультантом и не проводил запрос старой документации, сообщил ей, что ОА «возможна только для экстренных процедур». Он сделал спинальную анестезию, используя только 2,0 мл 0,5% гипербарического бупивакаина + 300 мкг диаморфина. После тестирования г-жа А

прокомментировала, что «ничего не было онемевшим», но процедура началась независимо от ее слов. Она почувствовала боль от первого разреза и был использован Энтонокс (ингаляция закиси азота через маску) и внутривенные седативные препараты, но ей никогда не предлагали конверсию в ОА.

Действия анестезиолога считались небрежными по многим причинам: отсутствие понимания сложности случая и неспособность привлечь консультанта; совместный процесс согласия; отказ от комбинированной спинальной эпидуральной анестезии; введение только 10 мг бупивакаина, когда более высокие дозы ранее были неудачными; неспособность распознать неадекватность блока при тестировании и позволить начать операцию; и неспособность эффективно контролировать интраоперационный болевой синдром.

Согласие: что нужно упомянуть?

В случае нейроаксиальной анестезии большинство рисков при КС (например, головная боль, повреждение нервов и т.д.) хорошо известны и регулярно обсуждаются анестезиологами. Тем не менее, обсуждение ожидаемого ощущения во время хирургической операции не было документировано во многих случаях, в результате чего женщины не были готовы к этому нормальному состоянию. Во многих случаях также отсутствовала дискуссия о неудачной спинальной анестезии и необходимости конверсии в общую анестезию. Информация, опубликованная Ассоциацией акушерских анестезиологов (ОАА) Великобритании, гласит, что боль, требующая введения дополнительной анальгезии во время КС, происходит примерно в 1 из 20 случаев при СА и по одному из семи при эпидуральной, тогда как конверсия в ОА необходима в 1 из 50 спинальных анестезий и 1 в 20 эпидуральных анестезий.

В национальном опросе британских анестезиологов за 2010 год сообщалось, что 95% предупреждают о риске

интраоперационного дискомфорта, тогда как 87% предупреждают об опасности конверсии в общую анестезию. Поэтому существует сильное убеждение в отношении того, что эти нежелательные результаты следует обсудить с пациентом и задокументировать в примечаниях.

Должно ли быть написано согласие?

Недавние рекомендации Ассоциации анестезиологов Великобритании и Ирландии (AAGBI) в большинстве случаев поддерживают использование словесного, а не письменного согласия: «подписанная форма согласия не нужна для проведения анестезиологических процедур, которые проводятся для другого лечения, так как это сам процесс согласия; подписанная форма является доказательством того, что проведенный процесс был предпринят, но не делает ничего, чтобы подтвердить или аннулировать согласие. Кроме того, анестезию можно рассматривать, как компонент другого лечения (например, анестезии для хирургии) или как часть более крупного и взаимосвязанного процесса (например, эпидуральное обезболивание при родах), а не лечение само по себе». Рекомендации Генерального медицинского совета (GMC) предусматривают, что необходимо письменное согласие на любую процедуру, которая «сложна или сопряжена с существенными рисками», хотя они не определяют эти условия. Представляется разумным использовать письменное согласие, когда позволяют обстоятельства, и, конечно же, анестезиолог должен следовать рекомендациям учреждения, в котором он работает. Независимо от того, принимается ли отдельное письменное согласие, важно документировать риски, которые обсуждались. Национальная стандартизированная информационная карта может помочь в этом процессе и одобрена большинством акушерских анестезиологов.

В экстренных ситуациях процесс согласия должен быть адаптирован для обеспечения своевременного КС, который, как

предполагается, отвечает интересам матери. Последующая документация должна отражать то, что КС носило экстренный характер и, что выбранная техника была выполнена в интересах матери с ее устным или подразумеваемым согласием.

Следует помнить, что женщины в родах являются дееспособными и адекватными человеком в глазах закона, если нет значительных, убедительных доказательств обратного. Следовательно, женщинам разрешается всегда давать согласие на медицинское вмешательство, даже если это может нанести вред плоду (который не имеет законных прав до момента его рождения). В редкой ситуации, когда женщина в родах поддерживает отказ от экстренного КС, нецелесообразно нарушать ее желания. Вместо этого, решение должно быть вынесено на консилиум, который решит, может ли КС быть выполнено против ее выраженной воли, но в ее интересах. Такие решения будут приниматься только в том случае, если имеются разумные сомнения относительно дееспособности женщины, как это определено в Законе о психическом состоянии 2005 года (Великобритания).

Проверка уровня сенсорного блока

Методы тестирования

В национальном анализе 2010 года большинство анестезиологов сообщили о применении более одного метода при оценке высоты сенсорного блока. Девяносто два процента использовали потерю холодной чувствительности в своих тестах, а 94% врачей, если хотели получить блок T4 или выше. Из тех, кто использовал тонкую иглолку (легкое прикосновение), 99% хотели получить блок T6 или выше. Более 95% анестезиологов документируют верхний уровень блока в анестезиологической записи, 63% также записывают нижний уровень. Анализ рекомендаций и опубликованных работ показывает, что рекомендуемый верхний

уровень блока со временем возрастает, и что в качестве метода тестирования наблюдается тенденция к использованию прикосновения, а не холода.

Верьте пациенту

Анализ базы данных показывает, что в 42% случаев интраоперационной боли при КС, операцию было разрешено начать несмотря на то, что уровень блока был на балансе вероятностей недопустимом верхнем уровне блока и / или не было моторного блока. В 15% случаев пациент отрицал, что какое-либо тестирование вообще имело место быть, и при этом не было записи анестезиолога, чтобы опровергнуть эти воспоминания.

В 33% случаев анестезиолог, по-видимому, не согласился с тем, что блок был неудачным, несмотря на доказательства обратного, и не захотел перейти на общую анестезию.

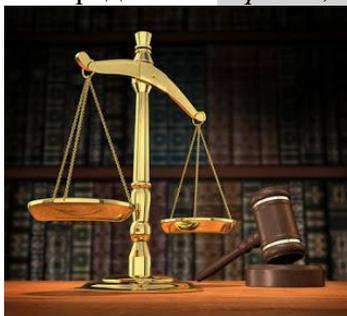
Тестирование блока — это процесс, требующий точного и внимательного общения в напряженное время для матери. Неадекватные блоки нельзя игнорировать, но их следует активно контролировать.

После введения болюса для эпидуральной анестезии на КС, после обезболивания родов, г-жа С позвала на помощь, возможно, анестезиолога, который проверил блок, поставив кубик льда на ее живот и спросив ее, не онемела ли она. Она сказала ему, что это не так, и что она чувствует холод. Доктор казался удивленным и не поверил словам, сказав: «Я сомневаюсь, что вы чувствуете». Когда началась операция, она почувствовала, как вводят руки, и она плачет от боли. Она продолжала плакать и продолжала думать про себя, что это скоро все закончится.

Эпидуральная анестезия (после анальгезии в родах)

По данным Национальной анестезиологической базы данных, эпидуральная анестезия используется только в

20-25% от всех КС в Великобритании. Несмотря на это, эпидуральная анестезия (ЭА) была методом выбора в 42 из 76 (55%) случаев боли при КС в базе данных. Известно, что ЭА имеют более высокую частоту неадекватной анестезии, чем спинальная, и ее эффективность следует оценивать активно до разрешения начала операции КС. В 15% случаев, когда использовалась эпидуральная анестезия (ЭА), анальгезия была несколько не эффективна в родах, но все равно было принято решение о проведении эпидуральной анестезии, и поэтому не было адекватной анестезии при КС. Потребность в дополнительных болюсах при эпидуральной анальгезии в родах, вдвое или более, является независимым фактором риска неудачной ЭА при КС. Если есть сомнения относительно эффективности, перед операцией, на случай экстренной операции, следует рассмотреть вопрос о переходе на спинальную анестезию. Это позволит избежать необходимости принимать решение о использовании спинальной анестезии после неудачной эпидуральной, сопутствующих рисков возникновения высокого блока и общей анестезии.



Интраоперационное обезболивание

К сожалению, даже при адекватном тестировании уровня блока, не всегда могут быть заблокированы нейроны для адекватной анестезии во время КС. Само по себе это не означает нестандартную практику, процедура была выполнена компетентно, и блок был оценен адекватно. Однако анестезиологи могут подвергнуться критике за действия при этой ситуации.

Важно подчеркнуть доверие пациенту, который жалуется на боль. При рассмотрении многих случаев сложилось сильное впечатление, что просьбы пациента были проигнорированы. Понятно, что анестезиолог, который кажется пациенту или ее партнеру

халатным или беззаботным, скорее всего, получит официальную жалобу или судебные иски.

Слишком часто при столкновении с пациентом, страдающим от боли, анестезиолог не смог поверить, что блок был неадекватным, если он «прошел» тестирование. Нежелание верить в то, что пациент испытывал боль, приводит к задержкам в ведении интраоперационной боли, а в некоторых случаях это имело глубокие и далеко идущие последствия.

Акушерка была вне операционной, когда услышала крики и рев. Она вошла и обнаружила, что миссис Д кричит и плачет на операционном столе, пока идет операция. Я спросил, что происходит, и сказал: «Нужна ли ей общая анестезия?»
Анестезиолог, отвечающий за ее состояние, сказал, что он проверил блок и что он эффективен. Операция продолжалась. Когда матка была разрезана, она плакала и двигалась до такой степени, что она вытужила плечи ребенка.

После того, как операция была завершена, врач сказал, что он «убежден, что у нее хороший блок, и она не должна была чувствовать боль во время операции».

Ведение интраоперационной боли

Если пациент жалуется на боль, анестезиолог должен проинструктировать хирурга немедленно прекратить операцию, чтобы позволить дальнейшую оценку, единственным исключением являются ситуация, когда матка уже разрезана и ребенок извлечен на половину или возникло неконтролируемое кровотечение.

Иногда ощущения пациентов неправильно истолковываются, как боль от беспокойства или испуганного состояния, и ситуация может быть устранена спокойным общением, объяснением и постоянной поддержкой. Тем не менее, боль — это то, что

человек испытывает и анестезиолог должен принять это и предложить методы облегчения боли. Действия анестезиолога будут в значительной степени зависеть от характера и степени болевого синдрома, а также от стадии операции. Если боль минимальна, и операция заканчивается, можно было бы обезболить пациента путем использования закиси азота и / или путем болюсного введения короткодействующих опиоидов, таких как альфентанил или фенетанил, или кетамина и / или путем просьбы к хирургу использовать местную анестезию.

Когда нейроаксиальная анестезия не адекватна на раннем этапе операции, лучше извиниться перед пациентом, признать неудачный исход и посоветовать перейти на общую анестезию. Добавление анальгетиков никогда не заменит общую анестезию, когда она необходима, независимо от того, какой этап операции идет.

Патернализм

Женщина, которая испытывает сильную боль в начале операции, вряд ли перенесет операцию. Однако, потворствуя патернализму, может быть целесообразно посоветовать женщине выбрать общую анестезию в этих обстоятельствах, поскольку ее способность принимать решение может быть неадекватной. Независимо от этапа операции, предложение общей анестезии всегда должно быть сделано любой женщине с сильной болью, и этот разговор должен быть документирован соответствующим образом.

Профессионализм

В хорошей медицинской практике врачи должны делать «четкие, точные и разборчивые записи». Проблемы, связанные с плохими записями в истории болезни, были весомой особенностью в 177 из 367 (48%) случаев, и в 50 из 76 (66%) претензий, связанных с болью при КС. В юридическом плане решение по иску в значительной степени зависит от документированных доказательств, поскольку

претензии часто возникают через несколько лет после события.

Плохое ведение истории болезни подразумевает недостаточную компетентность со стороны врача.

Важно убедиться, что записи являются точным отражением событий и обеспечивают не только оценку шагов ведения, но и мыслительные процессы, стоящие за ними. Чем более проблематичным является случай, тем более подробными должны быть их записи. Анестезиолог не ограничивается написанием разделов только анестезиологической карты, но может использовать и историю болезни, когда необходимо место для расширения записи.

Общение и поведение в операционной

В этом анализе, плохая коммуникация с пациентом считалась ключевой особенностью (которая значительно повлияла на предполагаемую халатность) в 70% жалоб, связанных с болью при КС. Независимо от собственных эмоций или внешнего давления, анестезиолог должен тратить время на конфиденциальную и эффективную передачу информации своим пациентам. Среди других преимуществ лечения это уменьшает вероятность формальной жалобы.

Понятно, что пациенты и их родственники могут быть очень чувствительны к поведению анестезиолога во время операции, используя это поведение для оценки ситуации и могут реагировать на напряженную хирургическую ситуацию с тревогой, которая, в свою очередь, может проявляться интраоперационной болью.

Слова пациентки: Г-н X (хирург) начал кричать на анестезиолога и на нее (пациентку). Анестезиолог кричал на него, что они должны остановить операцию, и мистер X кричал, что не может, поскольку не было времени, или он потеряет ребенка. Продолжающаяся операция после первоначальных попыток извлечь ребенка «стала несколько размыта». Она вспоминает, что начинает испытывать все меньше и

меньше физической боли, после введения наркотически препаратов, но все больше и больше испытывает психическое угнетение при криках, ругательствах и общем хаосе».

Послеоперационное наблюдение

Анестезиолог обеспечивает наблюдение за 88% женщин, получивших нейроаксиальную анестезию, что делает ее юридически законной, чтобы оправдать отказ от наблюдения за пациентом после родов. Послеоперационный осмотр, в идеале консультанта, является обязательным, когда женщина испытывает боль при КС.

Длительный психологический вред - признанное осложнение интранаркозного пробуждения при КС, но также сообщается пациентами, которые испытывают боль при нейроаксиальной анестезии. Существует мало явных доказательств эффективности консультирования в сокращении продолжительности и / или тяжести психологических последствий.

Из 76 женщин, которые испытывали боль во время КС, 68 (89%) испытывали

«умеренный» вред или психологический дискомфорт. Остальные шесть (11%) женщин испытали значительный, постоянный психологический вред, который соответствовал бы «серьезному» классу осложнений.

Управление риском и его последствиями остаются неотъемлемой частью клинической практики акушерской анестезиологии. Пациент имеет законное право принимать решения на основании информации, предоставленной ее доктором. Открытое и честное общение избавляет анестезиолога от бремени патернализма и улучшает помощь через совместное принятие решений. Нужно признать, что даже идеально выполненная нейроаксиальная анестезия иногда не срабатывает и пациент должен быть проинформирован об этой возможности, и любом условном лечении с возможной последующей психологической поддержкой.

[McCombe K, Bogod D. Learning from the Law. A review of 21 years of litigation for pain during caesarean section. Anaesthesia. 2018; 73\(2\): 223-230](#)

Комментарий эксперта

Полина Георгиевна Габай - генеральный директор ООО «ФАКУЛЬТЕТ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА»

Кесарево сечение на лезвии закона

По большому счету пациенты одинаковы во всем мире. Это самые обыкновенные люди, которые хотят от врача самого простого – помощи, заботы и искреннего внимания к своей проблеме. Любой пациент ввиду отсутствия у него соответствующей квалификации, а также в силу распространенного отношения к медицине как к нехитрому ремеслу, зачастую достаточно просто, буквально на «раз-два-три» оценивает уровень своего лечения. Такая нехитрая считалочка пациента обычно состоит из таких критериев как: «Результативно», «Небольно»,

«Вежливо». Сложно не согласиться с таким, казалось бы, объективным набором показателей пока речь не идет об оценке качества медицинской помощи. Полагаю, что подобная субъективная модель оценки пациентом качества медпомощи имеет место в различных уголках нашей планеты. И чем выше в стране реальное качество медицинской помощи, тем больше внимания уделяют пациенты такому по сути сервисному критерию как «вежливость», по факту вбирающему в себя целую гамму межличностных тонов и вибраций в отношениях «врач-пациент». Это и вежливость, и эмпатия, и какое-то индивидуальное, почти «штучное» отношение



врача, а скорее такое его ощущение пациентом. Не секрет, что искусство правильной коммуникации серьезно снижает количество конфликтов. И действительно пациенты, находящиеся в тесном терапевтическом контакте с врачом, нередко закрывает глаза и на отсутствие положительного результата, и на реальные недочёты лечения.

Недовольство пациента не является в суде таргетинговым критерием оценки

Так или иначе, но недовольство пациента, будучи пусковым моментом конфликта, отнюдь не является таргетинговым критерием в ходе судебного разбирательства, так как последнее подразумевает оценку объективных параметров оказания медицинской услуги и иных условий наступления ответственности. В Российской Федерации последние годы также, как и в Великобритании весьма участилось количество гражданских исков. Это связано с вполне естественным желанием пациента помимо справедливости получить еще и денежную компенсацию причиненного ему вреда. Врачи анестезиологи-реаниматологи и акушеры-гинекологи лидируют в России среди врачей иных специальностей по количеству претензий и исков со стороны пациентов.

Для начала стоит определиться с тем, что ответственность любой формы не наступает в виду халатности, неблагоприятного исхода и даже причинении вреда здоровью или смерти пациента. Для наступления ответственности должен быть доказан ряд условий, бремя доказывания которых лежит также на «плечах» самого пациента, а именно: наличие вреда; противоправный характер действий (бездействия) медицинских работников и причинно-следственная связь между первым и вторым условием. В представленном Обзоре судебных разбирательств по поводу боли при операции кесарево сечение за 21 год в Великобритании (далее – Обзор и Обзор британской судебной практики) перечислены по сути идентичные критерии наступления ответственности, однако в России субъектом

гражданской ответственности является медицинская организация, а не виновный врач. Также в Обзоре неоднократно упоминается понятие халатность как основная причина подачи и удовлетворения гражданских исков пациентов. В России же халатность обычно имеет более узкое значение и является преступлением, предусмотренным статьей 293 УК РФ. Субъектом ответственности выступают должностные лица, а не лечащие врачи, притом должностные лица только государственных и муниципальных организаций здравоохранения, например, главные врачи, заведующие отделениями и иные лица, выполняющие организационно-распорядительные и(или) административно-хозяйственные функции. На практике халатностью также называют такое поведение виновного лица, которое связано с ненадлежащим, небрежным отношением к своим профессиональным обязанностям, своего рода эквивалент неосторожной формы вины в виде небрежности.

Работа врача по стандарту

Стоит обратить внимание и на такой критерий как «оценка работы врача не ниже установленного стандарта», притом, что в Обзоре дается указание на конкретные стандарты в этой области, а точнее тесты, при помощи которых оценивается соответствие ответчика стандарту. Обозначен тест «Болам» и пришедший ему на смену тест «Болито», который дополнил порядок оценки должной медицинской помощи такими критериями как логичность и обоснованность (оправданность) в действиях врача. Что касается оценки медицинской помощи как должной, то в Великобритании она проводится на соответствие практике, принятой ответственными экспертами в той или иной области. Стоит полагать, что в роли таких экспертов выступают профессиональные медицинские ассоциации, разрабатывающие клинические практические руководства (гайдлайны). К судебному разбирательству привлекаются эксперты в соответствующей

области, которые оценивают медицинскую сторону вопроса и дают суду информацию для принятия окончательного решения. Стоит обратить внимание на то, что система законодательного регулирования в России несколько отлична и медицинские профессиональные ассоциации не играют столь большой роли в наполнении медицинской отрасли источниками норм. Медицинская помощь в Российской Федерации в первую очередь обязана соответствовать формальным и, скорее техническим, нежели медицинским порядкам и стандартам медицинской помощи. Клинические же рекомендации, разрабатываемые и утверждаемые профассоциациями, имеют до сих пор весьма сомнительный правовой статус, несмотря на множественные попытки Минздрава России придать им обязательную силу. Такая реформа не укладывается в рамки современной законодательной российской парадигмы, которая не допускает издания обязательных норм негосударственными организациями, к которым относятся профассоциации. К сожалению, в настоящее время можно констатировать не правовую только неопределенность роли клинических рекомендаций (протоколов лечения) в практике врача, но и полное отсутствие государственного контроля за качеством их разработки. *Это привело к наличию большого количества профассоциаций (зачастую противоборствующих), к колоссальному многообразию предлагаемых ими протоколов, к отсутствию в стране единой и понятной для врачей и экспертов системы источников норм, и, как следствие, к возможности применения необъективных критериев при оценке качества медицинской помощи.*

В Российской Федерации отсутствует какой-либо единый алгоритм оценки действий врача, некий чек-лист или тест со строго определенным набором критериев как это упоминается в Обзоре британской судебной практики (тест «Болам» и «Болито»). Отчасти что-то подобное закреплено и в России – в

критериях оценки качества медицинской помощи, утвержденных Приказом Минздрава № 203н. Однако данный нормативный акт имеет значительные юридические и логические дефекты как содержания, так и применения (используется только в рамках экспертизы качества медицинской помощи в сфере ОМС и госконтроля качества и безопасности медицинской деятельности). Таким образом, критерии имеют узкий диапазон применения, что исключает их использование экспертами в рамках иных видов медицинских экспертиз, например, в рамках судебно-медицинской экспертизы.

В России медико-правовая оценка действий врача не носит бесспорный характер

В настоящее время почти ни одно медицинское дело не рассматривается судами без проведения судебно-медицинской экспертизы (СМЭ). Чаще всего назначается комиссия СМЭ, главной целью которой является установить допущенные медицинской организацией и медицинскими работниками нарушения при оказании медицинской помощи, подтвердить или опровергнуть факт причинения вреда жизни или здоровью пациента, определить степень тяжести такого вреда.

К сожалению, такие заключения чаще всего не отвечают требованиям Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности» в части их обоснованности, доказательности и проверяемости. Заключение эксперта должно основываться на положениях, дающих возможность проверить обоснованность и достоверность сделанных выводов на базе общепринятых научных и практических данных. Однако фактически в заключениях СМЭ за редким исключением отсутствуют точечные ссылки на использованные экспертом источники норм, что совершенно естественно в условиях имеющейся правовой неопределённости. Заключение СМЭ формально необязательно для суда, однако фактически оно выступает главным доказательством по делу (несмотря на

упомянутые выше дефекты) и почти всегда ложится в основу решения суда.

Такое положение дел привело к тому, что почти любая медико-правовая оценка действий (бездействия) медицинских работников не носит бесспорный характер и экспертизы в России превратились в зону личностных субъективных оценок и суждений.

Одной из задач СМЭ является установление причинно-следственной связи между событиями и состоянием здоровья пациента. Вероятности не могут лечь в основу причинной связи, имеющей юридическое значение. Именно поэтому пациенты нередко и терпят неудачу в судах даже при иных доказанных обстоятельствах дела (недостатки медицинских услуг, вред здоровью и др). На это обращают внимание и авторы Обзора британской судебной практики, упоминая про баланс вероятности «on the balance of probability».

Однако в России имеются некоторые особенности установления и интерпретации судами причинно-следственных связей. Как известно, по крайней мере юридической науке, только лишь *прямые связи имеют юридическое значение, а косвенные (случайные связи) исключают наступление ответственности.*

Однако проблема состоит в том, что, во-первых, отсутствуют единые механизмы определения таких связей, во-вторых, отсутствует и точное понимание того, что косвенные связи не играют квалифицирующего значения. К сожалению, на практике суды периодически привлекают медицинские организации и врачей к ответственности при наличии косвенной, а не прямой связи, установленной заключением СМЭ. Почему так происходит? Потому что суды делают ошибочный вывод о том, что раз хоть какая-то связь доказана, то значит это и есть та самая связь – условие ответственности. Такое понимание юридических связей является браком в судебной и правоприменительной практике.

Боль как субъективно-объективное мерило качества медицинской помощи

Как показывает статистика, за последний 21 год в Великобритании 76 из 367 заявлений о халатности, связанной с акушерской анестезией, были вызваны жалобами на боль во время операции кесарева сечения. Для России ситуация не сильно отличается. Хотя нам и неизвестна точная статистика, но практика нашей компании показывает, что претензии пациентов на боль достаточно распространены. *С одной стороны, пациенту достаточно сложно доказать наличие и уж тем более степень болевых ощущений – как ни крути, но боль является чрезмерно субъективным критерием.* В то же время, врачи нередко сами дают все «козыри» в руки пациента. В частности, речь идёт об отсутствии надлежащих доказательств проверки уровня сенсорного уровня блока. Об этом, к слову говорится и в Обзоре судебной практики в Великобритании, согласно которому в 15% случаев пациент отрицал проведение какого-либо тестирования, что подтверждалось медицинской документацией, в которой не было соответствующей записи врача-анестезиолога. Полагаем, что в России также далеко не каждый врач подробно документирует все результаты такого тестирования, а не написано - значит не было. Кроме того, в Обзоре приводится пример, когда результаты тестирования сенсорного уровня блока шли в разрез со словами пациента. Практика Великобритании показывает, что в такой ситуации каждый третий врач отдавал предпочтение тестам и игнорировал жалобы пациентки. В итоге нежелание верить личным ощущениям пациентки приводило к задержкам в ведении интраоперационной боли, а в некоторых случаях имело глубокие и далеко идущие последствия.

Анализ ситуации с точки зрения российского права лишь подтверждает выводы британских коллег. Существенная боль в ходе той или иной операции, будучи вроде как субъективным мерилом, является для пациента лакмусовой

бумажкой ненадлежащего оказания медицинской помощи, а автоматически и сигналом для подачи гражданских исков и возбуждения уголовных дел. Таким образом, личные ощущения пациента должны являться главным ориентиром врача, основой его мыслей и тактики, которая в свою очередь требует документального оформления. В Обзоре британской судебной практики дополнительно отмечается, что плохое ведение документации врачом, в том числе истории болезни подразумевает его недостаточную компетентность.

Боль и страдания являются основанием для компенсации морального вреда. В соответствии с положениями гражданского законодательства компенсация морального вреда осуществляется независимо от подлежащего возмещению имущественного вреда, но де-факто в России между указанными суммами имеется прямая корреляция и сами по себе моральные страдания «стоят» немного. Однако в последнее время наметилась тенденция изменений. Хотя суммы компенсации морального вреда в России все ещё несопоставимы с суммами выплат за боль и страдания (pain and suffering) в других странах, тем не менее, в последние годы размеры возмещений существенно подросли. По некоторым делам суммы таких компенсаций не только соразмерны суммам возмещаемого имущественного вреда, но и значительно превышают его. Особенно это актуально при рассмотрении дел, связанных с гибелью близких людей, по которым имущественный вред может или вовсе не заявляться или исчисляться незначительными суммами. Примером тому может послужить беспрецедентное решение о взыскании в пользу родственника умершего несовершеннолетнего пациента компенсации морального вреда в размере 15 000 000 рублей, вынесенное 20 июня 2014 года Приморским районным судом Санкт-Петербурга).

Если ты согласен, просто скажи да

Как следует из Обзора, в Великобритании хоть и даются рекомендации письменно информировать пациента об анестезии и её особенностях, какие-либо законодательные нормы, предписывающие обязательное оформление письменного согласия пациента на её проведение, отсутствуют. Например, если рекомендации Генерального медицинского совета (GMC) предусматривают необходимость получения письменного согласия на любую сложную рискованную процедуру (критерии отсутствуют), то недавние рекомендации Ассоциации анестезиологов Великобритании и Ирландии (AAGBI) в большинстве случаев поддерживают использование устного, а не письменного согласия на проведение анестезии, поскольку последняя является составной частью другого медицинского вмешательства (например, кесарева сечения). В любом случае при экстренном оказании медицинской помощи первичное значение играет необходимость своевременного оказания помощи, а выбранная тактика анестезии должна быть в интересах матери с ее устным или подразумеваемым согласием.

В российском законодательстве этот вопрос определен более однозначно и, к сожалению, достаточно формализовано. Базовый федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан» содержит императивную норму, согласно которой *информированное добровольное согласие (ИДС) на медицинское вмешательство или отказ от него оформляется строго в письменной форме*. Аналогичное требование есть и в правилах оказания платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006.

На сегодняшний день в России письменная форма реализуется путем оформления бланка на простом бумажном носителе. С 1 января 2018 года стало теоретически возможно оформление ИДС и в форме электронного документа с использованием единой системы

идентификации и аутентификации, а также соответствующей электронной подписи врача и пациента (законного представителя пациента). Однако на сегодняшний день законодательная база в этой области не разработана в полном объеме и технические условия для реализации нововведения на практике пока что отсутствуют.

Таким образом, в России врачу необходимо оформить письменное ИДС как на само кесарево сечение, так и на сопутствующую ему анестезию. Исключением являются только экстренные ситуации оказания медицинской помощи (наличие реальной угрозы жизни пациентки), притом, что сама пациентка не способна самостоятельно выразить свою волю (бессознательное состояние, спутанное сознание, неадекватность и другие). Такие ситуации порой сложны с точки зрения их правильной квалификации и оформления. Это связано в основном с двумя аспектами: сложность в разграничении экстренной и неотложной медицинской помощи и оценка состояния пациентки на предмет ее способности выразить свою волю. Для минимизации рисков рекомендуется созыв врачебного консилиума в целях установления психического статуса пациента и оценки физиологической способности/неспособности пациентки выразить свою волю. По возможности консилиум должен включать в себя участие психиатра или невролога.

Юридическое значение и содержание ИДС

Не менее жёстко относится российское законодательство и к содержанию ИДС. Статья 20 ФЗ № 323 дает возможность определить необходимые минимальные критерии информации бланка ИДС. Так перед осуществлением медицинского вмешательства пациенту нужно предоставить в доступной форме полную информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его

последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Важно отметить, что в ИДС нужно отражать не только полную информацию о конкретном виде медицинского вмешательства, но и сведения об альтернативных методиках и их потребительской ценности. Это даст возможность доказать информированность и добровольность сделанного пациентом выбора, ведь врач может направлять пациента, но не заставлять его осуществить тот или иной выбор.

Судебная практика последних лет показала полнейшую правовую несостоятельность типовых бланков согласий и отказов пациентов от медицинских вмешательств. В первую очередь ввиду несоответствия критериям полноты информации, также медицинским организациям крайне сложно доказать факт предоставления информации пациенту, особенно если он отрицается последним.

Более того, отсутствие полноценного согласия, равно как и отказа автоматически переводит все неблагоприятные последствия и осложнения в категорию неправомерного вреда, то есть они «по умолчанию» квалифицируются как противоправные, если пациент не был проинформирован о возможных исходах и не давал соответствующего согласия. С другой стороны, ИДС хоть и защищает, но не спасает от неправомерных действий.

Да и согласие у пациента можно взять не на все на свете, действия врача в любом случае не должны нарушать нравственные принципы общества. Например, согласие пациента не дает врачу право удалить у пациента здоровый орган без медицинских показаний или осуществить эвтаназию. *ИДС это своего рода «индульгенция» от обвинения в побочных эффектах, последствиях и иных неприятностях, естественно сопутствующих медицинскому вмешательству и мало зависящих от врача.*

Одной из таких «неприятностей» является, например, объективная необходимость

изменения тактики анестезии уже в процессе проведения кесарева сечения. Например, в Обзоре судебной практики Великобритании указано, что при поступлении жалоб от пациентки на болевые ощущения после начала операции дальнейшая тактика обезболивания могла быть разной: от введения короткодействующих опиоидов на поздних стадиях до перехода на общую анестезию. Переноса это в плоскость российского права, мы рекомендуем заранее фиксировать согласие пациента на возможное изменение вида анестезии и иной специфики лечения в ходе операции. Дополнительно в ИДС следует предусмотреть возможность врачу принимать решение об изменении по медицинским показаниям ранее согласованного с пациенткой плана лечения по причине возникновения непредвиденных обстоятельств во время проведения общей анестезии и невозможности получения ее согласия из-за временной неспособности выразить свою волю. Это крайне важно, так как нахождение пациента под общей анестезией не подпадает под критерий неспособности выразить волю, являющиеся основанием для принятия врачом самостоятельных решений.

Отказ пациентки от кесарева сечения

Операция кесарева сечения проводится строго по медицинским показаниям и не является на сегодняшний день методикой избежания всех «прелестей» естественных родов. Однако на практике бывают случаи отказа женщины от операции вопреки рекомендациям врача. Может ли врач настаивать на проведении кесарева сечения при нарастающем страдании плода вопреки желанию женщины?

В данном случае мы имеем конфликт интересов беременной женщины и плода. Однако согласно действующей Конституции РФ свои права человек приобретает с момента рождения. Соответственно, охрана жизни человека также начинается с момента его рождения. Даже если плод достиг жизнеспособного возраста и соответствует

иным критериями жизнеспособности, но находится в утробе матери, он еще не признается человеком, а следовательно, не обладает правами, в том числе правом на жизнь, охраняемым законодательством.

В настоящее время приказ Минздравсоцразвития № 1687 определяет момент рождения ребенка как момент отделения плода от организма матери посредством родов. Отметим, что аналогичная формулировка ВОЗ более подробна и конкретизирует термин «роды». В актах ВОЗ, посвященных моменту рождения употребляется более точное словосочетание «expulsion or extraction from its mother of a product of conception», что подразумевает не только естественные роды, но и хирургическое извлечение плода, например, путем кесаревого сечения.

Таким образом, до естественных родов или до проведения кесаревого сечения плод является не человеком, а частью организма матери. Беременная женщина, как и любой другой человек, обладает всеми основными правами и свободами, предоставленными Конституцией РФ, международными правовыми документами. К числу таких прав относятся в том числе право на жизнь, право на здоровье, право на медицинскую помощь, а также право на отказ от медицинского вмешательства.

Последнее гарантировано ч. 3 ст. 20 ФЗ № 323-ФЗ, в которой установлено, что гражданин имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения. Кесарево сечение является медицинским вмешательством и поэтому его проведение вопреки желанию женщины невозможно.

Из указанного следует, что женщина вправе отказаться от кесарева сечения даже в том случае, если это единственный возможный способ для ее «будущего ребенка» родиться живым. Максимум, что может сделать в таком случае врач – это попытаться найти аргументы и убедить беременную изменить свое решение (и, если это удастся, не забыв письменно

зафиксировать ее согласие на проведение операции). Если имеются все основания полагать, что женщина не отдает отчет своим действиям и не руководит ими (находится в неадекватном состоянии), а кесарево сечение необходимо в целях устранения угрозы ее жизни, то решение о проведении операции может быть

принято консилиумом врачей вопреки ее воле. Однако такая ситуация несет в себе колоссальное количество рисков и требует серьезной аргументации, в частности соответствующей оценки состояния пациентки на предмет ее неспособности выразить свою волю.

ФАКУЛЬТЕТ
МЕДИЦИНСКОГО
ПРАВА

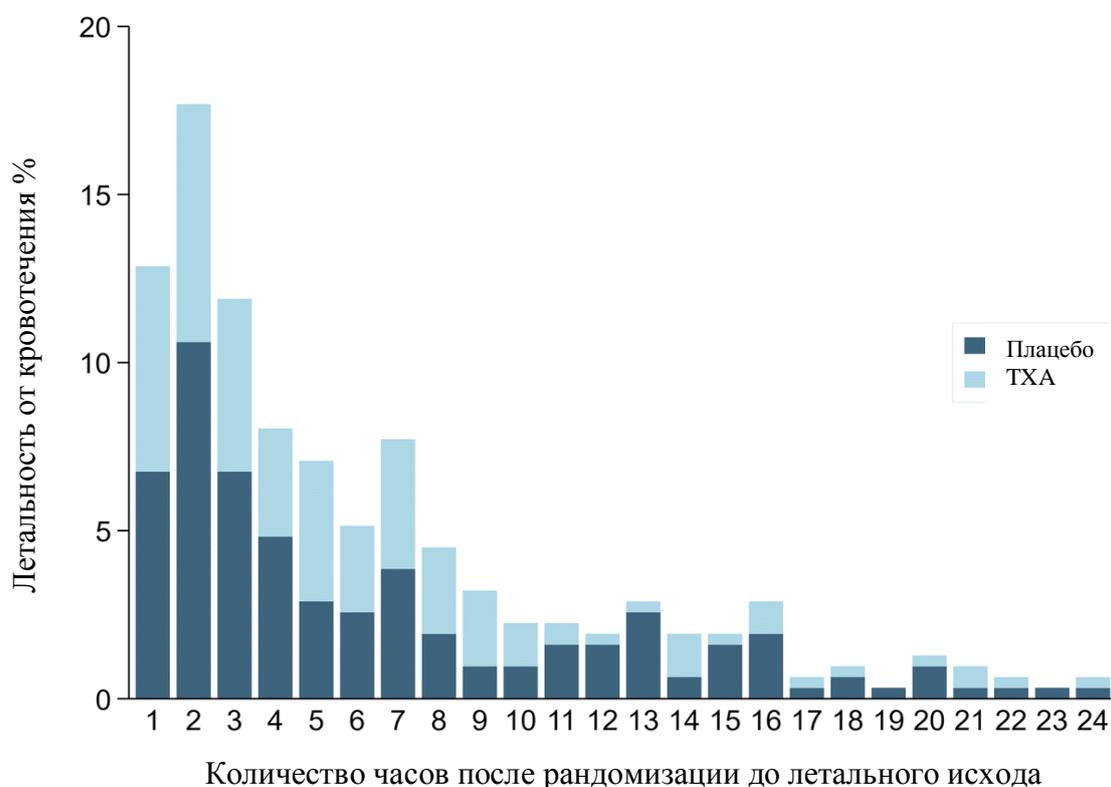
КОНСУЛЬТАЦИЯ ЮРИСТА +7 495 789 43 38 | 8 800 77 00 728

Юридические услуги
в здравоохранении

 kormed.ru

Эффективность транексамовой кислоты на ранних этапах введения при послеродовом кровотечении: анализ подгруппы в исследовании WOMAN

Видимо это исследование еще долго не будет давать покоя ученым...



При тяжелом послеродовом кровотечении смерть может произойти в течение нескольких часов после начала кровотечения, поэтому вмешательства для остановки кровотечения должны быть начаты немедленно.

Авторы провели исследовательский анализ данных из исследования WOMAN, международного рандомизированного плацебо-контролируемого исследования влияния транексамовой кислоты (ТХА) на смерть и хирургические вмешательства у 20 060 рожениц с послеродовым кровотечением. Авторы оценили эффект от введения ТХА на раннюю материнскую смертность или гистерэктомию, и на каждый из этих отдельных результатов.

Среди 14923 рожениц, рандомизированных в течение 3 ч (7518

транексамовая кислота и 7405 плацебо), было 216 случаев смерти от кровотечения (1,5%) и 383 гистерэктомии из-за кровотечения (2,8%). После исключения смерти от кровотечения с увеличением временных интервалов, после рандомизации наблюдалось значительное снижение риска смерти из-за кровотечения в результате использования транексамовой кислоты (RR = 0,41, 99% ДИ 0,19-0,89). Однако, после исключения гистерэктомий с увеличением временных интервалов, после рандомизации не было снижения риска гистерэктомии из-за кровотечения с помощью транексамовой кислоты (RR = 0,79, 99% ДИ 0,33-1,86).

Выводы из этого анализа дают дополнительные доказательства того, что транексамовая кислота снижает риск смерти у

рожениц при послеродовом кровотечении. Неясно, снижает ли транексамовая кислота риск гистерэктомии при кровотечении после исключения ранней гистерэктомии.

Amy Brenner, Haleema Shakur-Still, Rizwana Chaudhri, Bukola Fawole, Sabaratnam Arulkumaran, Ian Roberts

and on behalf of the WOMAN Trial Collaborators. The impact of early outcome events on the effect of tranexamic acid in postpartum haemorrhage: an exploratory subgroup analysis of the WOMAN trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2018; 18: 215

Комментарий научного редактора – Роненсон Александр Михайлович.



Уже в какой раз мы встречаемся на страницах нашего журнала с различными рода публикациями, обсуждающими исследование WOMAN.

Причины? Все очень просто, оно действительно поставило точку в спорах об эффективности транексамовой кислоты.

Этот анализ данных в очередной раз показывает, что раннее ведение необходимо и оно действительно снижает риск летального исхода. Особенно это важно для медицинских учреждений в условиях ограниченных ресурсов! А что греха таить, у нас более 50% учреждений родовспоможения относятся к этой категории.

Да, действительно, лучше и современно получить ТЭГ, увидеть на ней гиперфибринолиз, и ввести транексамовую кислоту, а потом подтвердить его действие еще одним тестом point of care. Однако, такой подход может увеличить риски развития более массивного акушерского кровотечения, увеличит риски летального исхода, да и сам тест стоит не малых денег, больше, чем сама транексамовая кислота! Зачем рисковать? Зачем доводить ситуацию до неконтролируемой? Не надо доводить случай near miss (почти пропала), до already miss (уже пропала).



*Рекомбинантные
технологии
для полноценной жизни*

Коагил-VII

Эптаког альфа (активированный)

Регистрационный номер: ЛСР-010225/09 от 15.12.2009. Торговое название препарата: Коагил-VII. МНН: эптаког альфа (активированный). Лекарственная форма: лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения.

1 ФЛАКОН С ПРЕПАРАТОМ СОДЕРЖИТ, мг:

Эптаког альфа (активированный)	1,20 (60 КЕД/ 60 тыс. МЕ)	2,40 (120 КЕД/ 120 тыс. МЕ)	4,80 (240 КЕД/ 240 тыс. МЕ)
натрия хлорид (Eur. Ph.)	5,84	11,68	23,36
кальция хлорида дигидрат (Eur. Ph.)	2,94	5,88	11,76
глицилглицин (Eur. Ph.)	2,64	5,28	10,56
полисорбат-80 (Eur. Ph.)	0,14	0,28	0,56
маннитол (Eur. Ph.)	60,00	120,00	240,00

1 КЕД соответствует 1000 МЕ. Растворитель — вода для инъекций. 1 мл приготовленного раствора содержит эптаког альфа (активированный) — 0,6 мг. Фармакотерапевтическая группа: гемостатическое средство. Код АТХ: B02BD08.

Показания к применению:

Для остановки кровотечений и профилактики их развития при проведении хирургических вмешательств и инвазивных процедур у пациентов с гемофилией (наследственной или приобретенной) с высоким титром ингибитора к факторам свертывания крови VIII или IX; врожденным дефицитом фактора свертывания крови VII; тромбастенией Гланцмана при наличии антител к гликопротеинам IIb-IIIa и рефрактерностью (в настоящем или прошлом) к трансфузиям тромбоцитарной массы.

Противопоказания:

Повышенная чувствительность к белкам мышей, хомячков или коров, а также к активному компоненту препарата и вспомогательным веществам.

ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ БОЛЕЕ ПОДРОБНОЙ ИНФОРМАЦИИ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА. МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Производитель: АО «ГЕНЕРИУМ», Россия
Держатель РУ: АО «Эс Джи Биотех», Россия
Все претензии по качеству и/или нежелательным явлениям на территории РФ отправлять по адресу: АО «Эс Джи Биотех», Российская Федерация, 601125, Владимирская область, Петушинский район, пос. Волгинский, ул. Владимирская, д.18, офис 26, тел. +7 (49243) 7-31-15, email: pv@sgbiotech.ru

Выбор гипнотика для индукции общей анестезии при операции кесарево сечение: систематический обзор и мета-анализ рандомизированных контролируемых исследований

Идеальный препарат для индукции при общей анестезии (ОА) для операции кесарево сечение (КС) должен иметь быстрое начало действия с минимальными побочными эффектами, такими как сохранённое сознание, гемодинамические нарушения и неонатальная депрессия. Тиопентал часто применяется для этих целей; однако нет надежных доказательств для поддержки его использования в качестве гипнотического препарата в этой ситуации.

Систематический обзор и мета-анализ с использованием методологии PRISMA рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), в которых сравнивались беременные, которым было выполнено КС, с использованием тиопентала или пропофола, кетамина или бензодиазепинами в качестве гипнотика для индукции общей анестезии.

В общей сложности 911 рожениц из 18 РКИ попали в анализ. Увеличение систолического артериального давления было меньше у рожениц, которым вводили пропофол, по сравнению с теми, которым вводили тиопентал (средневзвешенная разница [WMD]: -11,52 [-17,60, -5,45], $p = 0,0002$). Индукция пропофолом также приводила к

значительно более низкому pO_2 артерии пуповины (WMD: -0.12 [-0.20, -0.04]; $p = 0.004$), чем индукция с тиопенталом. Сравнение между пропофолом и тиопенталом не выявило существенных различий в других параметрах газового состава крови или в показателях Апгар. Напротив, при сравнении кетамина с тиопенталом число новорожденных с более низким показателем Апгара (<7) в 1 и 5 мин было значительно выше в группе кетамина, чем в группе тиопентала ($p = 0,004$).

Выводы, основанные на редких и относительно старых исследованиях, показывают, что пропофол и тиопентал одинаково подходят для КС. Через 1 и 5 мин кетамин дает более низкие показатели Апгара, чем тиопентал. Для достижения более достоверных результатов необходимы дополнительные хорошо разработанные исследования.

Houthoff Khemlani K, Weibel S, Kranke P, Schreiber J. Hypnotic agents for induction of general anesthesia in cesarean section patients: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Clin Anesth.* 2018; 48: 73-80

Напоминаем вам коллеги, что на территории РФ использование препаратов, содержащие вещество пропофол, в акушерстве разрешено! Однако только согласно инструкции производителя, разрешающего его применение при общей анестезии в акушерстве, не более 2,5 мг/кг массы тела.



Метаболизм сульфата магния в послеродовом периоде: интригующий, но еще не доказанный механизм

Очень интересный комментарий на недавно вышедшее РКИ о эффективности 24 часовой инфузии Магния сульфата после родов для профилактики эклампсии

Преэклампсия является серьезным осложнением беременности во всем мире, а развитие судорог (эклампсии) существенно увеличивает заболеваемость и смертность матерей. Профилактическое использование сульфата магния для предотвращения эклампсии развивалось на протяжении многих лет, но многое из того, как оно используется, все еще является эмпирическим. В опубликованных рандомизированных исследованиях нет консенсуса относительно того, когда следует начинать сульфат магния, оптимальную дозу (как нагрузочную, так и поддерживающую) или как долго она должна вводиться после родов (Sibai BM Clin Obstet Gynecol 2005; 40 (2): 478-88). В Соединенных Штатах наиболее рекомендуемым режимом сульфата магния является нагрузочная доза 4-6 гр и поддерживающая 1-2 гр/час до родов и 12 или 24 часа после родов.

Доктор Vigil-De Garcia и его коллеги в своей статье попытались определить есть ли необходимость в 24 часовой послеродовой инфузии Магнесии в режиме 1 гр/час у рожениц с тяжелой преэклампсией. Большинство рожениц приветствовали бы прекращение сульфата магния как можно скорее из-за высокой частоты побочных эффектов, таких как чувство жара, тошнота или рвота, мышечная слабость и головокружение. Фактически, эти побочные эффекты были наиболее распространенной причиной того, что роженицам достаточно рано была прекращена инфузия магния в исследовании Magpie (The Magpie Group. Lancet 2002; 359 (9321): 1877-90). Прекращения инфузии в послеродовом периоде также может снизить затраты,

позволить провести более раннюю выписку и сэкономить время и ресурсы. Авторы пришли к выводу, исходя из их результатов, что нет пользы от послеродовой инфузии сульфата магния в течение 24 часов, по сравнению с отсутствием магнесии.

Это было мультицентровое исследование, проведенное на пациентах «в реальном мире» для решения важной клинической дилеммы. Однако оно (исследование) страдает от тех же недостатков, что и большинство других РКИ в профилактическом эффекте сульфата магния. Из-за редкости эклампсии размер выборки неадекватен, чтобы сделать окончательные выводы. Это связано с тем, что он был основан

на гораздо более высоком показателе эклампсии (2,0%), чем это наблюдалось в контрольной группе исследования (0,38%). Таким образом, исследование оказалось недостаточным для обнаружения 50-процентного снижения частоты эклампсии. Это потребовало бы > 20 000 рожениц с тяжелой преэклампсией, чтобы обнаружить сокращение на 50%, очень сложная задача.

Вполне вероятно, что профилактическое введение сульфата магния связано со снижением частоты дородовой и послеродовой эклампсии за последние несколько десятилетий (Liu S et al., Obstet Gynecol 2011, 118: 987-94). Однако, 24 часовое введение после родов отвечает только за небольшую долю случаев эклампсии. В большинстве случаев послеродовая эклампсия происходит от 48 часов до 4 недель после родов, часто после выписки из больницы и обычно упоминается, как поздняя послеродовая эклампсия (Chames



MC et al., Am J Obstet Gynecol 2002; 186: 1174-7). Нельзя ожидать, что 24-часовое послеродовое введение сульфата магния окажет какое-либо влияние на этих пациентов. Возможно, это группа, которая требует большего анализа и где есть лучшая

возможность для дальнейшего снижения уровня эклампсии.

[Scott, J. \(2018\), Safety of eliminating postpartum magnesium sulfate: Intriguing but not yet proven. BJOG: Int J Obstet Gy. Accepted Author Manuscript. . doi:10.1111/1471-0528.15317](#)

Карбетоцин по сравнению с окситоцином для профилактики атонического послеродового кровотечения при нормальных вагинальных родах с одноплодной беременностью высокого риска: тройное слепое РКИ

Это тройное слепое рандомизированное контролируемое исследование включало рожениц с одноплодной беременностью, в период с августа 2016 года по январь 2017 года, возрастом 20 лет или старше, гестационный возраст не менее 34 недель, вагинальные роды и имели по крайней мере один фактор риска для атонического послеродового кровотечения (ПРК). Сразу после вагинальных родов роженицы были рандомизированы на группу с внутривенной инъекцией Окситоцина 5 ед или Карбетоцина 100 мкг. Послеродовую кровопотерю измеряли объективно в мл, используя калибровочный пакет.

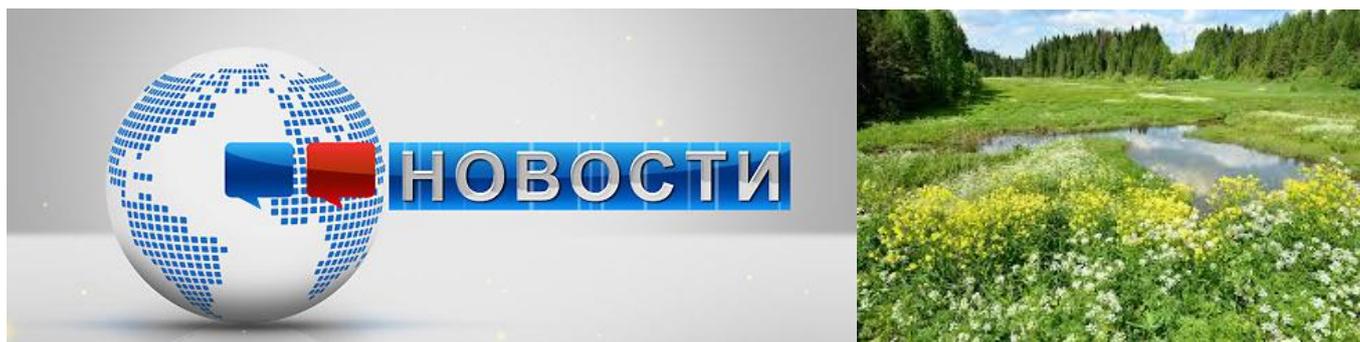
В общей сложности 174 и 176 рожениц составили группы окситоцина и карбетоцина, соответственно. Базовые характеристики были сопоставимы между группами. У группы карбетоцина был меньше объем послеродовой кровопотери ($146,7 \pm 90,4$ против $195,1 \pm 146,2$ мл, $p < 0,01$), более низкая частота атонического

ПРК (0 против 6,3%, $p < 0,01$), меньшее использование дополнительных утеротоников для сокращения матки (9,1 против 27,6%, $p < 0,01$) и более низкая частота послеродовой анемии ($Hb \leq 10$ г / дл) (9,1 против 18,4%, $p < 0,05$), чем в группе с окситоцином. Между группами не было выявлено существенных различий в отношении побочных эффектов.

Внутривенный карбетоцин более эффективен, чем внутривенный окситоцин для профилактики атонических ПРК при одноплодной беременности по меньшей мере с одним фактором риска для атонического ПРК.

[Amornpetchakul P., Lertbunnaphong T., Boriboonhiransarn D., Leetheeragul J., Sirisomboon R., Jiraprasertwong R. Intravenous carbetocin versus intravenous oxytocin for preventing atonic postpartum hemorrhage after normal vaginal delivery in high-risk singl](#)





Юбилейный 90-й Форум «Теория и практика анестезии и интенсивной терапии: мультидисциплинарный подход» прошел с 29 по 30 мая 2018 г. в Архангельск. Мероприятие развернулось в конференц-зале Архангельского родильного дома им. К.Н. Самойловой.

Научную программу мероприятия открыл Ефим Мунович Шифман с докладом: «Массивное послеродовое кровотечение - 2018». На Форуме был представлен высокопрофессиональный лекторский состав.

Прозвучали доклады, посвященные основной важной теме: «Снижение материнской смертности».

- 86 участников, из них:
 - 37 акушеров-гинекологов;
 - 38 анестезиологов-реаниматологов;
 - 2 врача смежных специальностей;
 - 9 студентов;

18 специалистов вступили в Ассоциацию ААР

- 5 докладчиков
- 17 лекций

Не каждый Форум бывает юбилейный, и нам очень приятно, что он состоялся именно здесь! Поздравляем всех участников этого мероприятия с успешным его завершением и надеемся, что полученные знания помогут нашим коллегам в дальнейшей работе. Спасибо, что нашли время прийти, для нас это очень ценно! Ну и конечно фото на память о Юбилейном Форуме в Архангельске!



Обращаем Ваше внимание, с Марта 2017 года изменился производитель препарата Маркаин Спинал Хэви, гипербарическая форма Бупивакаина. Торговое название препарата осталась без изменения!

Маркаин® Спинал Хэви
наименование лекарственного препарата

Регистрационный номер: П N014032/01

Торговое название: Маркаин® Спинал Хэви

Международное непатентованное название: бупивакаин (bupivacaine)

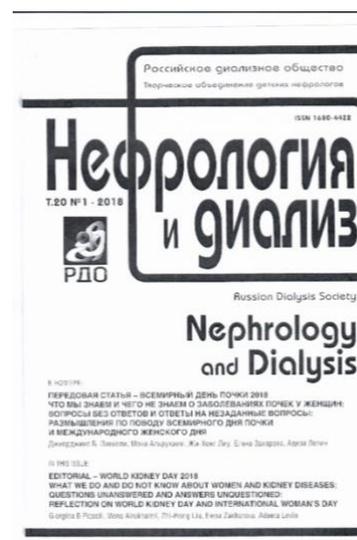
Лекарственная форма: раствор для инъекций

 МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ Регистрационное удостоверение лекарственного препарата для медицинского применения	
П N014032/01 (номер регистрационного удостоверения лекарственного препарата)	
Наименование держателя (владельца) регистрационного удостоверения лекарственного препарата	Аспен Фарма Трейдинг Лимитед, Ирландия Aspen Pharma Trading Limited
Адрес местонахождения держателя (владельца) регистрационного удостоверения лекарственного препарата	3016 Lake Drive, Citywest Business Campus, Dublin 24, Ireland
Дата государственной регистрации лекарственного препарата	05.12.2007
Срок действия регистрационного удостоверения лекарственного препарата	бессрочно
Дата внесения изменений в регистрационное удостоверение лекарственного препарата (дата замены регистрационного удостоверения лекарственного препарата)	22.03.2017
Информация о зарегистрированном лекарственном препарате:	
Торговое наименование	Маркаин® Спинал Хэви
Международное непатентованное, или группировочное, или химическое наименование	Бупивакаин
Лекарственная форма	раствор для инъекций
Дозировка	5 мг/мл
Качественный состав и количественный состав действующих веществ и качественный состав вспомогательных веществ бупивакаина гидрохлорида моногидрат 5,28 мг (соответствует 5,0 мг бупивакаина гидрохлорида), вспомогательные вещества (декстрозы моногидрат для инъекций (соответствует декстрозы безводной), натрия гидроксид и/или хлористоводородная кислота, вода для инъекций)	
Форма выпуска (лекарственная форма, дозировка, первичная упаковка, количество лекарственной формы в первичной упаковке, количество первичной упаковки в потребительской упаковке, комплектность)	раствор для инъекций, 5 мг/мл (ампула) 4 мл x 5 (пачка картонная)
Реквизиты нормативной документации	П N014032/01-051207

015073

Дорогие читатели, хотим с Вами поделиться недавно вышедшей статьёй наших коллег в журнале «Нефрология и диализ», посвящённой проблеме ТМА в акушерской практике

Развитие симптомокомплекса тромботической микроангиопатии (ТМА) во время беременности и в послеродовом периоде требует проведение дифференциальной диагностики между классическими акушерскими ТМА (преэклампсия и HELLP-синдром), и ТМА, для которых беременность может стать триггером (атипичный гемолитико-уремический синдром (аГУС), тромботическая тромбоцитопеническая пурпура (ТТП), акушерский сепсис с ДВС-синдромом и катастрофический антифосфолипидный синдром (КАФС) с целью определения тактики лечения. Показанием для назначения комбинированной терапии препаратом Экулизумаб является установление



диагноза

аГУС, в основе которого лежит неконтролируемая активация альтернативного пути комплемента. Однако нарушение регуляции системы комплемента, может принимать участие в патогенезе и других форм ТМА, в первую очередь КАФС, в связи с чем применение короткого курса лечения Экулизумабом может привести к быстрому улучшению состояния пациентов с рефрактерными к проводимой терапии ТМА.

Наблюдения из практики

DOI: 10.28996/1680-4422-2018-1-85-91

Диагностическое заблуждение как причина эффективного лечения

Ю.В. Коротчаева¹, Н.Л. Козловская¹, Е.М. Шифман², Н.Э. Кужугет³, С.С. Кара-Сал⁴, О.Б. Ооржак⁴, М.С. Бадарчы⁵

¹ Кафедра внутренних, профессиональных болезней и пульмонологии МПФ ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Россия, г. Москва, 119991, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

² Кафедра анестезиологии и реаниматологии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Россия, г. Москва, 129110, ул. Щепкина, 61/2, корп. 1

³ Отделение нефрологии и гемодиализа Тывинского филиала МЧУ ДПО "Нефросовет", Россия, Республика Тыва, г. Кызыл, 667010, ул. Московская, д. 28

⁴ ГБУЗ РТ "Перинатальный центр Республики Тыва",

Россия, Республика Тыва, г. Кызыл, 667003, ул. Оюна-Курседи, 159А

⁵ ГБУЗ РТ "Кызылская ЦКБ", Россия, Республика Тыва, 667901, Кызылский район, посёлок городского типа Каа-Хем, Шахтерская улица, 4

Effective treatment due to misconception in the diagnosis

Y.V. Korotchaeva¹, N.L. Kozlovskaya¹, E.M. Shifman², N.E. Kuzhuget³, S.Ch. Kara-Sal⁴, O.B. Oorzhak⁴, M.S. Badarchy⁵

¹ Department of internal, occupational diseases and pulmonology Sechenov University, 119991, Moscow, Trubetskaya str., 8-2

² Department of anesthesiology and intensive care, M.F. Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute, 129110, Moscow, Shchepkina str., 61/2-1

³ Department of Nephrology and hemodialysis Tyva filial of Nefrosovet, 667010, Republic of Tyva, Kyzyl, Moskovskaya str. 28

⁴ Perinatal center of the Republic of Tyva, 667003, Republic Tyva, Kyzyl, Oyuna-Kursedi str. 159A

⁵ Central hospital Kyzyl Kozhuunnaya, 667901, Republic Tyva, Kaa-hem, Shahterskaya str., 4

Ключевые слова: тромботическая микроангиопатия, катастрофический антифосфолипидный синдром, беременность, экулизумаб

Резюме

Развитие симптомокомплекса тромботической микроангиопатии (ТМА) во время беременности и в послеродовом периоде требует проведение дифференциальной диагностики между классическими акушерскими ТМА (преэклампсия и HELLP-синдром), и ТМА, для которых беременность может стать триггером (атипичный гемолитико-уремический синдром (аГУС), тромботическая тромбоцитопеническая пурпура (ТТП), акушерский сепсис с ДВС-синдромом и катастрофический антифосфолипидный синдром (КАФС) с целью определения тактики лечения. Показанием для назначения комбинированной терапии препаратом Экулизумаб является установление диагноза аГУС, в основе которого лежит неконтролируемая активация альтернативного пути комплемента. Однако нарушение регуляции системы комплемента, может принимать участие в патогенезе и других форм ТМА, в первую очередь КАФС, в связи с чем применение короткого курса лечения Экулизумабом может привести к быстрому улучшению состояния пациентов с рефрактерными к проводимой терапии ТМА.

Адрес для переписки: Коротчаева Юлия Вячеславовна

e-mail: lumis-j@bk.ru

Corresponding author: Yulia V. Korotchaeva

e-mail: lumis-j@bk.ru

Нефрология и диализ · Т. 20, № 1 2018 85

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

Особенности центральной гемодинамики у женщин с многоплодной беременностью (обзор литературы)

В течение последних десятилетий наблюдается рост частоты многоплодных беременностей, что связано с увеличением возраста рожениц, широким применением вспомогательных репродуктивных технологий, длительным приемом гормональных оральных контрацептивов, а также стимуляторов овуляции. Сердечно-сосудистая система у беременных с многоплодием претерпевает серьезные изменения, что приводит к значительной трансформации гемодинамических показателей.

УРАЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

GYNECOLOGY

УДК 618.25-036.

DOI 10.25694/URMJ.2018.04.045

Шифман Е.М.¹, Куликов А.В.², Кругова Л.В.³, Труханова И.Г.⁴, Варганов В.Я.³

Особенности центральной гемодинамики у женщин с многоплодной беременностью (обзор литературы)

1 - ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, 2 - ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Екатеринбург. 3 - ГБУЗ СО «Тольяттинская городская клиническая больница № 5». 4 - ИПО Самарского государственного медицинского университета, Самара

Shifman EM, Kulikov AV, Krugova LV, Trukhanova IG, Vartanov V.Ya.

Features of central hemodynamics in women with multiple pregnancy (literature review)

Резюме

В течение последних десятилетий наблюдается рост частоты многоплодных беременностей, что связано с увеличением возраста рожениц, широким применением вспомогательных репродуктивных технологий, длительным приемом гормональных оральных контрацептивов, а также стимуляторов овуляции. Сердечно-сосудистая система у беременных с многоплодием претерпевает серьезные изменения, что приводит к значительной трансформации гемодинамических показателей. Все изменения в работе ССС беременной женщины обусловлены формированием дополнительного маточно-плацентарного круга кровообращения. Изменения работы сердечно-сосудистой системы связаны как с гемодинамическими, так и с механическими факторами. Перестройка системы кровообращения при беременности заключается в увеличении ОЦК на фоне повышения емкости сосудистого русла и производительности сердца, когда сердечный выброс увеличивается значительно. Эти изменения обеспечивают более высокий уровень работы различных систем матери, соответствующий возрастающим энергетическим и метаболическим потребностям плода.

Ключевые слова: многоплодная беременность, сердечно-сосудистая система, производительность сердца, объем циркулирующей крови

Summary

Over the past decades, there has been an increase in the incidence of multiple pregnancies, which is associated with an increase in the age of parturient women, the widespread use of assisted reproductive technologies, the prolonged intake of hormonal oral contraceptives, and stimulants of ovulation. The cardiovascular system in pregnant women with multiple births undergoes major changes, which leads to a significant transformation of hemodynamic parameters. All changes in the work of the CCC of a pregnant woman are due to the formation of an additional utero-placental circle of blood circulation. Changes in the work of the cardiovascular system are associated with both hemodynamic and mechanical factors. Restructuring of the circulatory system during pregnancy consists in an increase in BCC against a background of increased capacity of the vascular bed and cardiac output, when cardiac output increases significantly. These changes provide a higher level of performance for various maternal systems, corresponding to the increasing energy and metabolic needs of the fetus.

Key words: multiple pregnancy, cardiovascular system, cardiac output, volume of circulating blood

В течение последних десятилетий наблюдается рост частоты многоплодных беременностей, что связано с увеличением возраста рожениц, широким применением вспомогательных репродуктивных технологий, длительным приемом гормональных оральных контрацептивов, а также стимуляторов овуляции. У женщин

с многоплодной беременностью существует высокий риск развития преэклампсии, анемии тяжелой степени, гестационной артериальной гипертензии, кровотечения, что значительно повышает частоту оперативного родоразрешения [1]. Необходимо учитывать, что многоплодие значительно увеличивает неонатальный и материнский

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

Несколько научных исследований членов Ассоциации ААР вошли в Кокрановские обзоры: анализ эффективности обезболивания родов эпидуральной и не эпидуральной техникой, обезболивание родов с применением опиоидов парентерально, техники профилактики гипотонии при спинальной анестезии для операции кесарево сечение.



Cochrane Database of Systematic Reviews

Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour (Review)

Anim-Somuah M, Smyth RMD, Cyna AM, Cuthbert A



Cochrane Database of Systematic Reviews

Parenteral opioids for maternal pain management in labour (Review)

Smith LA, Burns E, Cuthbert A



Cochrane Library

Cochrane Database of Systematic Reviews

Techniques for preventing hypotension during spinal anaesthesia for caesarean section (Review)

Chooi C, Cox JJ, Lumb RS, Middleton P, Chemali M, Emmett RS, Simmons SW, Cyna AM

Gupta 2016 *(published data only)*

Gupta K, Mitra S, Kaza S, Saroa R, Ahuja V, Goel P.I.V. paracetamol as an adjunct to patient-controlled epidural analgesia with levobupivacaine and fentanyl in labour: a randomized controlled study. *British Journal of Anaesthesia* 2016;117(5):617–22.

Kamali 2016 *(published data only)*

IRCT2016051820258N9. Clinical trial comparison of labor phases in painless delivery with epidural analgesia and Entonox. en.search.irct.ir/view/30306 (first received 17 Nov 2016).

Marshalov 2012 *(published data only)*

Marshalov D, Salov I, Shifman E, Petrenko A. Influence of epidural analgesia on abdominal wall pain tension and level of abdominal pressure in labor. *Regional Anesthesia and Pain Medicine* 2012;37(7 Suppl):E278.

Vavrinkova 2005 *(published data only)*

Vavrinkova B, Oborna L, Binder T, Horak J. Nalbuphine in obstetrical analgesia [Nalbuphine v porodnicke analgezii]. *Ceska Gynekologie* 2005;70(3):180–3.

Marshalov 2012 *(published data only)*

Marshalov D, Salov I, Shifman E, Petrenko A. Influence of epidural analgesia on abdominal wall pain tension and level of abdominal pressure in labor. *Regional Anesthesia and Pain Medicine* 2012;37(7 Suppl):E278.

McDonald 1964 *(published data only)*

McDonald R, Shaw M, Craig C. Effect of phenothiazines and analgesics given during labour on neonatal serum bilirubin. *British Medical Journal* 1964;1(5384):677.

McGrath 1992 *(published data only)*

McGrath J, Chestnut D, Debrun C. The effect of epidural bupivacaine vs intravenous nalbuphine on fetal heart rate during labor. *Anesthesiology* 1992;77:A983.

McInnes 2004 *(published data only)*

Hillan E. Diamorphine for pain relief in labour: a randomised controlled trial comparing intramuscular injection and patient controlled analgesia. <http://controlled-trials.com> (accessed 12 June 2002) 2002.

Rewari 2015 *(published data only)*

Rewari V, Singhal D, Ramachandran R, Trikha A, Chandralekha, Singh N. Crystalloid versus colloid coload with phenylephrine infusion during spinal anaesthesia for elective caesarean delivery: the effects on maternal haemodynamics and foetal acid-base status. *Anaesthesia & Analgesia* 2015;120(3 Suppl 1):S197.

Ronenson 2014 *(published data only)*

Ronenson AM, Sitkin SI, Savel'eva IuV. Effecting of intra-abdominal pressure in parturient on level of spina block and frequency of hypotension during caesarean section. *Anesteziologiya i Reanimatologiya* 2014;59(4):26–9.

Rout 1993b *(published data only)*

Rout CC, Rocke DA, Levin J, Gouws E, Reddy D. A reevaluation of the role of crystalloid preload in the prevention of hypotension associated with spinal anaesthesia for elective caesarean section. *Anesthesiology* 1993;79(2):262–9.

Rout 2000 *(published data only)*

Rout CC, Rocke DA, Stienstra R. Hypotension and postural haemodynamic changes following caesarean section. Effects of glycopyrrolate 0.4mg iv with spinal anaesthesia. *Anesthesiology* 2000;92 Suppl:A71.



Первый совместный Конгресс по акушерской анестезиологии (ААР – ОАР),
памяти Джеральдины О'Салливан

III Съезд Ассоциации акушерских
анестезиологов-реаниматологов



Палитра Петербургской осени заиграет новыми красками!

3-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, Франции, Индии, США и Польши!

В тесном сотрудничестве с нашими британскими коллегами мы подготовили 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.arfpaint.com

День 1. 5 сентября**МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КАК
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА**

Филиппов Олег Семенович (RUS), Лукас Нуала (GBR),
Бенаму Дан (FRA), Веркаутерен Марсель (BEL), Тсен Лоуренс (USA)

КРИТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ В АКУШЕРСТВЕ. ЧАСТЬ 1

Лукас Нуала (GBR), Проценко Денис Николаевич (RUS),
Яковлев Сергей Владимирович (RUS),
Куликов Александр Вениаминович (RUS), Ван де Вельде Марк (BEL)

День 2. 6 сентября**АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ**

Ван де Вельде Марк (BEL), Роненсон Александр Михайлович (RUS),
Пунж Йотсна (IND), Иоскович Александр (ISR),
Туяков Булат (POL), Овезов Алексей Мурадович (RUS)

АНАЛЬГЕЗИЯ В РОДАХ

Личфилд Керри (GBR), Дегтярев Евгений Николаевич (RUS),
Туяков Булат (POL), Рязанова Оксана Владимировна (RUS)

АНЕСТЕЗИЯ И АНАЛЬГЕЗИЯ В АКУШЕРСТВЕ

Веркаутерен Марсель (BEL), Упрямова Екатерина Юрьевна (RUS),
Шифман Ефим Муневич (RUS), Роненсон Александр Михайлович (RUS),
Плат Фелисити (GBR), Боженков Константин Александрович (RUS)

День 3. 7 сентября**КРИТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ В АКУШЕРСТВЕ. ЧАСТЬ 2**

Рассел Робин (GBR), Шифман Ефим Муневич (RUS),
Якубов Андрей Владимирович (RUS), Пунж Йотсна (IND),
Дробинская Алла Николаевна (RUS)

ПРОБЛЕМА ПОСЛЕРОДОВЫХ МАССИВНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Иоскович Александр (ISR), Баринов Сергей Владимирович (RUS),
Тсен Лоуренс (USA), Жилин Андрей Владимирович (RUS),
Матковский Андрей Анатольевич (RUS), Шифман Ефим Муневич (RUS),
Куликов Александр Вениаминович (RUS)

КРИТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ В АКУШЕРСТВЕ. ЧАСТЬ 3

Гридчик Ирина Евгеньевна (RUS), Бабаянц Андрей Валерьевич (RUS),
Куликов Александр Вениаминович (RUS)

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.

Олег Семенович Филиппов



Доктор медицинских наук, профессор, врач акушер-гинеколог высшей категории, заместитель директора Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения Российской Федерации, профессор кафедры акушерства и гинекологии института последипломного образования ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова.

В 1990 г. с отличием окончил Томский медицинский институт. После обучения в клинической ординатуре и аспирантуре в 1995 г. защитил кандидатскую диссертацию. За вклад в развитие научно-образовательного комплекса Томской области ему присвоено звание «Лауреат премии в сфере образования и науки». В 1999 г. защитил докторскую диссертацию. Стажировался в крупнейших госпиталях Европы и США: Мадрид (1991), Лиссабон (1992), Новый Орлеан (1997), Зальцбург (2001). Обучался на семинарах по акушерству-гинекологии и перинатологии в Корнельском (1998) и Колумбийском (2001) университетах (США).

Темы лекции:

«Материнская смертность в Российской Федерации».

Дан Бенаму



Профессор Отделения анестезии и интенсивной терапии госпиталя Бесетр с 1993 года. С 1999 по 2017 год возглавлял Отделение анестезии и интенсивной терапии вышеназванного госпиталя.

Сфера научных интересов: патофизиологические эффекты искусственной вентиляции легких при анестезии; обезбоживание, послеоперационная и регионарная анестезия; акушерская анестезия и интенсивная терапия; трансфузиология; качество и безопасность; симуляционные и образовательные науки.

Директор лаборатории анестезии медицинской школы Paris Sud. Основное направление: «Острая боль и воспалительные механизмы боли». Включено в блок исследования Inserm U 1195 (Нейропротекция и нейрорегенерация). Глава Симуляционного центра медицинской школы Paris Sud. SFAR (Французское научное общество анестезии и интенсивной терапии) Экс-директор 2012-2014г. SOFRASIMS (Французский центр симуляции в здравоохранении) Директор с 2017г. по сегодняшний день. IQS (Французское общество качества и безопасности в здравоохранении) Президент с 2017г. по сегодняшний день. Имеет 400 научных публикаций. Является редактором в 6 журналах, рецензентом в 50-ти изданиях.

Темы лекции:

«Современное состояние проблемы регионарной анестезии для обезбоживания родов».



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