



WWW.ARFPOINT.RU

Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов
Obstetrical Anesthesiologists Intensivists Association

ISSN 2686-8032 (Online)

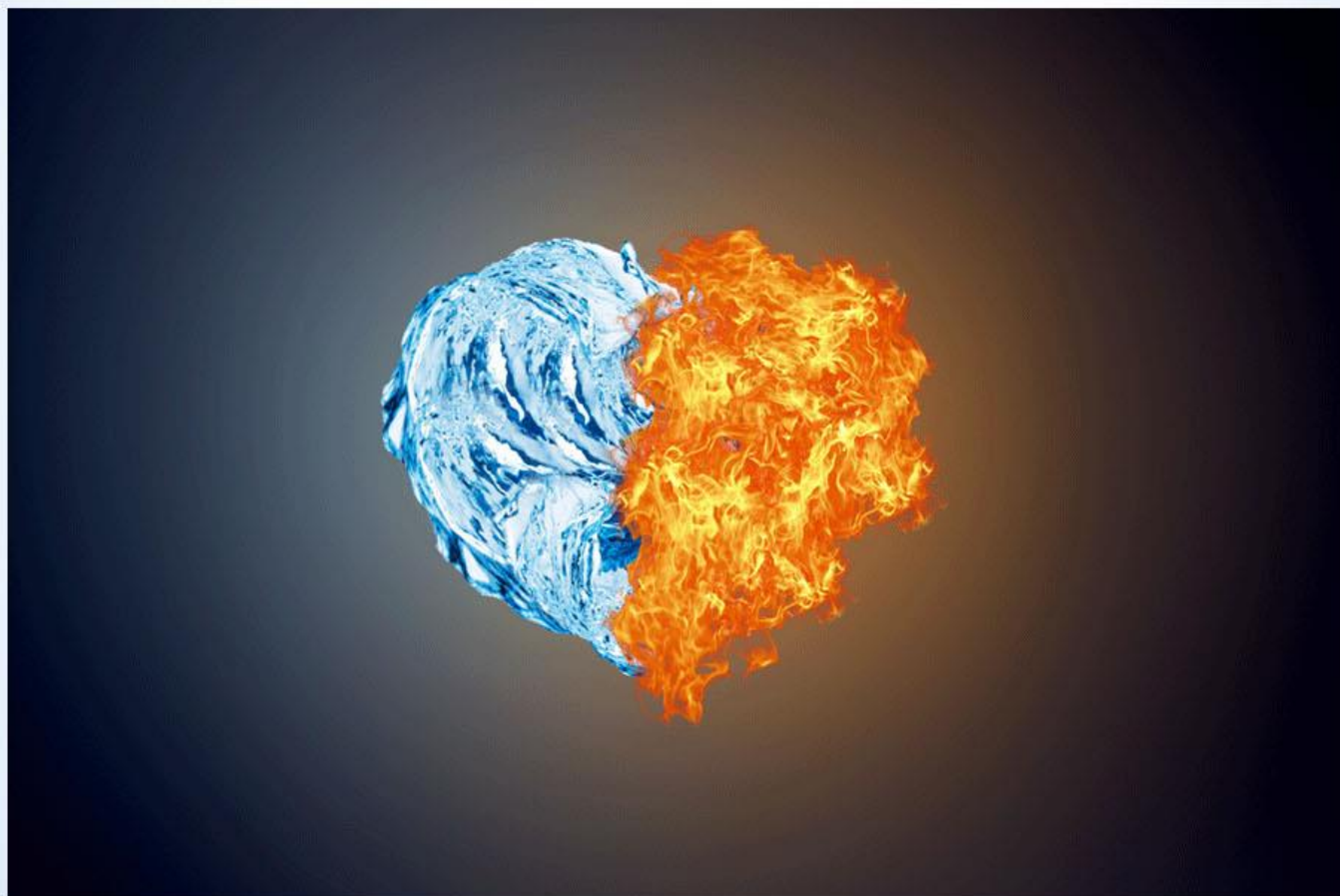
online журнал

Вестник акушерской анестезиологии

№11(37)

2020

online journal **Obstetric Anesthesia Digest** Ноябрь



№11(37) Ноябрь 2020

№11(37) November 2020

Вестник акушерской анестезиологии
Obstetric anesthesia digest



online журнал

Вестник акушерской анестезиологии

online journal **Obstetric Anesthesia Digest**

№11(37)

2020

Ноябрь

Главный редактор: Е.М. Шифман, проф. (Москва, Россия)
Зам. главного редактора: А.В. Куликов, проф. (Екатеринбург, Россия)
А.М. Овезов, проф. (Москва, Россия)
Научный редактор: А.М. Роненсон, к.м.н. (Тверь, Россия)

Редакционная коллегия: И.С. Абазова, д.м.н. (Нальчик, Россия)
С.В. Баринов, проф. (Омск, Россия)
А.Ж. Баялиева, проф. (Казань, Россия)
Т.Е. Белокриницкая, проф. (Чита, Россия)
С.И. Блауман, к.м.н. (Омск, Россия)
В.Е. Радзинский, проф. (Москва, Россия)
Е.В. Ройтман, проф. (Москва, Россия)
В.А. Руднов, проф. (Екатеринбург, Россия)
Г. П. Тихова (Петрозаводск, Россия)
К.Г. Шаповалов, проф. (Чита, Россия)
Иностранные члены редакционной коллегии: А.М. Иоскович, проф. (Иерусалим, Израиль)
Й. Пунж, проф. (Нью-Дели, Индия)
Б. Туяков, к.м.н. (Польша)

Директор издания: Е.М. Шифман, проф. (Москва, Россия)
Корректор: Т.Н. Мороз (Москва, Россия)

Chief editor: E.M. Schifman, Prof. (Moscow, Russia)
Deputy chief editor: A.V. Kulikov, Prof. (Ekaterinburg, Russia)
A.M. Ovezov, Prof. (Moscow, Russia)
Science editor: A.M. Ronenson, PhD (Tver, Russia)

Editorial board: I.S. Abazova, MD (Nalchik, Russia)
S.V. Barinov, Prof. (Omsk, Russia)
A.Z. Bayalieva, Prof. (Kazan, Russia)
T.E. Belokrinitskaya, Prof. (Chita, Russia)
S. I. Blauman, PhD (Omsk, Russia)
V.E. Radzinsky, Prof. (Moscow, Russia)
E.V. Roytman, Prof. (Moscow, Russia)
V.A. Rudnov, Prof. (Ekaterinburg, Russia)
G. P. Tikhova (Petrozavodsk, Russia)
K.G. Shapovalov, Prof. (Chita, Russia)
Foreign members of the Editorial board: A. M. Ioscovich, Prof. (Jerusalem, Israel)
J. Punj, Prof. (New Delhi, India)
B. Tuyakov, PhD. (Poland)

Journal director: E.M. Schifman, Prof. (Moscow, Russia)
Proofreader: T.N. Moroz (Moscow, Russia)

Все права защищены. Ни одна часть этого издания не может быть воспроизведена без предварительного письменного разрешения издателя. Ответственность за достоверность информации, содержащейся в рекламных материалах, несут рекламодатели.

All rights reserved. Any part of this journal shall not be reproduced without the prior written permission of the publisher. Advertisers are responsible for the information contained in the advertising materials.



Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов
Obstetrical Anesthesiologists Intensivists Association

ISSN 2686-8032 (Online)

online журнал

Вестник акушерской анестезиологии №11(37)
2020
online journal **Obstetric Anesthesia Digest** Ноябрь

С о д е р ж а н и е

Статья	Стр.
Акушер и анестезиолог: сорок лет вместе	4
Коротко о главном	15
Дайджест публикаций	20

АКУШЕР И АНЕСТЕЗИОЛОГ: СОРОК ЛЕТ ВМЕСТЕ

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

1. ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», 129110 г. Москва, Россия.

2. ГБУЗ Тверской области «Областной клинический перинатальный центр им. Е.М. Бакуниной», 170036 г. Тверь, Россия.

3. ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Минздрава России, 620028 г. Екатеринбург, Россия.

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

Резюме

Общий стаж работы авторов данной статьи в учреждениях родовспоможения составляет более 40 лет, и мы постарались отразить те краеугольные камни общения, с которыми сталкиваются анестезиологи-реаниматологи и акушеры-гинекологи при работе в учреждениях родовспоможения, не только основываясь на своем личном опыте, но и описав эту проблему с общемировых позиций.

Для цитирования: Шифман Е.М., Роненсон А.М., Куликов А.В. Акушер и анестезиолог: сорок лет вместе. Вестник акушерской анестезиологии. 2020; 11(37): 4-11.

<https://doi.org/10.24412/2686-8032-2020-1137-4-13>

OBSTETRICIAN AND ANESTHESIOLOGIST: FORTY YEARS TOGETHER

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

1. Moscow Regional Research and Clinical Institute (MONIKI), 129110 Moscow, Russia.

2. Tver Regional Clinical Perinatal Center, 170036 Tver, Russia.

3. Ural State Medical Academy, 620028 Ekaterinburg, Russia.

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

Summary

The total experience of the authors of this article in obstetric care facilities is more than 40 years, and we tried to reflect the cornerstones of communication that anesthesiologists-resuscitators and obstetricians-gynecologists face when working in obstetric care institutions, not only based on our personal experience, but also describing this problem from a global perspective.

For citation: Shifman E.M., Ronenson A.M., Kulikov A.V. Obstetrician and anesthesiologist: forty years together. Obstetric anesthesia digest. 2020; 11(37): 4-11.

<https://doi.org/10.24412/2686-8032-2020-1137-4-13>

*«Чтобы обрести врагов, не спешите объявлять войну,
достаточно просто начать говорить то, что думаешь»*
Мартин Лютер Кинг

Один человек – это еще не команда

Вспомните Пеле, Марадону, Криштиану Роналду или Лионеля Месси. Это гении футбола, способные сотворить чудо. Но все их неимоверные усилия не имели бы никакого смысла, не будь с ними на поле еще 10 игроков. Представьте себе футбольный матч, в котором не было бы игры в пас, жестикуляции, словесного или невербального общения с товарищами по клубу. Даже самые сильные команды используют старое правило: общение и коллективная работа. Общение является важным компонентом обучения в футболе. Это клей, который объединяет игроков и является источником мотивации для всех членов команды.

Нет ничего сложнее, чем взаимоотношения между людьми, особенно между мужчинами и женщинами. Волею судеб, именно в учреждениях родовспоможения самая большая концентрация врачей разного пола среди анестезиологов и хирургов (акушеров-гинекологов). Каждый день им приходится сталкиваться в операционной, родовой, в палате интенсивной терапии и решать вопросы жизни и смерти.

Акушер-гинеколог и анестезиолог — это ключевые игроки в операционной (или родовой), целью которых является безопасность роженицы и новорожденного. Зачастую они не могут читать мысли друг друга. В стенах операционной они также могут забыть основные правила игры и не достичь нужной цели. И выигрыш или проигрыш в этой игре может оказаться неприемлемо дорогим, ведь на кону — человеческая жизнь. Довольно часто происходит так, что основную роль в обеспечении безопасности пациентов играют отношения между анестезиологом и хирургом. D. McLain-Smith в своей работе нашла связь между исходами для пациента и взаимоотношениями в командной работе, как

успешными, так и неудачными. Если верить ее предположению, что взаимоотношения между членами команды являются ключевым элементом безопасности пациентки и качества работы операционной бригады, то взаимоотношения между анестезиологом и акушером-гинекологом — это связь, которую мы должны стремиться понять и оптимизировать с целью обеспечения наилучшего исхода для пациентки [1]. Мы видим одну и ту же ситуацию в операционной, родильном зале и у постели тяжелой пациентки. Но, едины ли наши взгляды и суждения в критической ситуации? Готовы ли мы к согласованности действий? Оставим в стороне ситуации, в которых обстановку обостряет вопрос «Кто здесь главный?» или «Я оперировал, и я отвечаю за всё». Практика судебных заседаний показывает, что все эти сентенции моментально испаряются, когда начинается разбирательство и вместе с ними исчезают утверждения, которые, скорее всего, представляют временные декларации, которые, по мнению авторов, служили для временного утверждения нездоровых амбиций. Да, мы смотрим на ситуацию одновременно, но можно еще раз вспомнить, что «смотреть — не означает видеть, а видеть еще не означает понимать (правильно осознавать).

В литературе существует мало исследований об этих взаимоотношениях. Как анестезиологи и акушеры-гинекологи видят друг друга? Чего ждут они друг от друга? Различаются ли их ценности и если да, то, как это может повлиять на их способность принимать наилучшие решения для пациентки? Как их взаимоотношения влияют на работу других членов команды? Когда ситуация становится экстренной, чему могут поспособствовать эти отношения — успеху или неудаче? И если эти взаимоотношения имеют решающее значение в обеспечении

безопасности пациентки, что можно сделать для их улучшения и повышения эффективности командной работы? Вопросы, которые мы поднимаем в ходе этой работы, отнюдь не только философские. Количество критических состояний беременной, матери и новорожденного, требующих совместной работы акушеров, анестезиологов и неонатологов растет, как и экстремальность этих ситуаций. И если речь идет не только об экстремальных ситуациях и критических состояниях, мы вспоминаем давние рассуждения с нашими учителями. Кто должен здороваться первым – мужчина или женщина, начальник или подчиненный, молодой или более старшего возраста и т.д. Ответы просты на каждый из этих отдельных вопросов. Но, что делать в случае, когда все эти вводные параметры смешались? Наши учителя учили нас, что здоровается первым тот, кто вежливее, хотя последнее слово произносили более резко, и мы понимали почему, так как речь шла о критических ситуациях. Так было и в жизни. Но, в этой короткой работе мы не хотели бы, наш дорогой читатель, обременять вас обсуждением всякого множества этикет. Мы понимали, что выход из этих ситуаций только один – создание единой дорожной карты для движения и взаимодействия в трудных клинических ситуациях. К чему и приступили около десяти лет тому назад, объединившись с акушерами в создании клинических рекомендаций. Если вы подумали, что это оказался легкий и безоблачный путь и мы, обнявшись «с песнями и половецкими плясками» стали стремительно двигаться вперед, то вынужден вас разочаровать.

После серии конфиденциальных опросов хирургов A. Gawande et al. обнаружили 43% случаев неблагоприятных исходов при операциях, связанных с плохой коммуникацией акушеров-гинекологов с анестезиологами [2]. L. Lingard et al. обнаружили 30% таких событий среди различных ошибок, в течение трехмесячного аудита работы операционного персонала, что указывает на недостаточную

коммуникацию и взаимоотношения между членами операционной команды [3].

Зачастую мы слышим среди своих коллег анестезиологов или акушеров-гинекологов такие слова: «У нас работа тяжелее, чем у них!», «Мы больше устаем», «Они всю ночь спали!» Действительно, порой мысли о том, что твой коллега проспал все время, пока ты работал, вызывают у тебя недовольство, ощущение несправедливости. Но взгляните на эту ситуацию с другой стороны. Попробуйте порадоваться за своего коллегу, что он смог отдохнуть немного на дежурстве. Интересное исследование было опубликовано S. Sinha et al. с целью выявления основных проблем в коммуникации среди анестезиологов и хирургов после их анкетирования. 72% анестезиологов высказали мнение, что их работа тяжелая, 20% считают, что работа тяжелая не только у них, и лишь 8% назвали свою работу легкой. Удивительно, но большинство хирургов также сочли работу анестезиологов тяжелой (65%) или очень тяжелой (18%). Большинство хирургов (44%) оценили навыки анестезиологов, как хорошие, 20% — отличные, 28% — средние и 8% — слабые и неудовлетворительные. В то же время только 10% анестезиологов оценили свое обучение, как превосходное, 55% оценили его как хорошее, 20% — среднее и 15% — слабое. Взаимоотношения между анестезиологом и хирургом и взаимное уважение к компетенции друг друга способствует хорошему результату, и это сотрудничество было оценено анестезиологами, как среднее (60%), хорошее (20%) или плохое (20%). Примерно такие же ответы дали и хирурги: 54%, 24% и 22%, соответственно [4].

Действительно, взаимное уважение и медицинская этика при общении между акушерами-гинекологами и анестезиологами могут укрепить их связь в команде и ускорить принятие важных решений в экстренных ситуациях. Напротив, плохая коммуникация может привести к неблагоприятным исходам, как для беременной, так и для новорожденного.

J. Davies et al. в анализе 2004 года пришли к выводу, что именно плохая коммуникация, прежде всего, в отношении срочности операции кесарева сечения (КС), стала причиной задержки начала анестезии (и, следовательно, операции), что приводило к летальным исходам или тяжелым неврологическим осложнениям у новорожденных [5].

Довольно интересную работу опубликовал M. Nurok et al. из США, проведя опрос анестезиологов и хирургов на тему «Правда и ложь в общении перед операцией». 34 из 128 анестезиологов (27%) и 8 из 124 хирургов (7%) признали, что передают своим коллегам неверную информацию перед операцией не реже одного раза в месяц. Большинство анестезиологов (68%) были обеспокоены тем, что хирурги неверно информировали их раз в месяц или чаще, и только 8% хирургов разделяли взаимные опасения [6].

Что мы знаем о взаимоотношениях между анестезиологами и акушерами-гинекологами?

В данном контексте «отношения» касаются того, насколько хорошо два человека ладят друг с другом, уважают друг друга и доверяют друг другу, насколько они полагаются друг на друга и насколько верно они должны информировать друг друга о действиях, которые могут повлиять на работу коллеги.

Конфликт в операционной между врачами, в основном, между анестезиологом и акушером-гинекологом — это серьезная проблема, с которой хотя бы один раз сталкивался каждый, кто работает в операционной. В то время как конфликт, связанный с профессиональными решениями, является ожидаемым и здоровым (если его хорошо контролировать), конфликт личных интересов таковым не является и никогда не отвечает интересам пациентки. Из-за особенностей работы и индивидуального характера врача, конфликты могут возникать

даже тогда, когда между сторонами существуют в целом вполне здоровые отношения. Является ли конфликт проблемой? Это зависит от того, как и когда он возникает, и как стороны могут его разрешить.

На разрешение конфликта может повлиять продолжительность совместной работы акушера-гинеколога и анестезиолога. Давнее знакомство друг с другом обеспечивает общее доверие, которое помогает быстрее разрешить конфликт. Но если первая встреча начинается со ссоры, это может сформировать будущее недоверие в отношениях. Правда, наблюдая за поведением в этих ситуациях коллег и друзей, невольно вспоминается старая китайская пословица: «Бросайте в меня камни, бросайте грязь — я река».

Существует ряд аспектов общения в команде, которые могут повлиять на ее работу. Это манера общения, восприятие ролей, просьбы и приказы. Все эти моменты не обсуждаются в исследованиях, а ведь порой именно они стоят в основе личных конфликтов.

Собственный опыт общения с акушерами-гинекологами

Наш интерес к этой теме возник после частых бесед между анестезиологами и акушерами-гинекологами, личных конфликтов в операционной и наблюдением, когда неприязнь между анестезиологом и акушером-гинекологом выходит за рамки личного и отражается на качестве оказания медицинской помощи.

Мы выделили три модели общения:

Первая: отношения в команде хорошие, что служит интересам пациентки. Члены команды поддерживают и помогают друг другу. Такие отношения создают благоприятную рабочую обстановку.

Вторая: отношения в команде нехорошие, в основном, из-за личностных впечатлений, наносят вред пациентке и часто создают неприятную, а иногда и невыносимую обстановку для работы.

Третья: каждая из сторон имеет негативное впечатление о коллеге, как в личном, так и в профессиональном аспекте.

На мой взгляд, существует ряд причин, по которым анестезиологи отрицательно воспринимают акушеров-гинекологов. Это:

- неспособность акушера-гинеколога оценить или правдиво признать степень кровопотери;
- недооценка времени операции;
- непредоставление полной информации пациенткам о трудностях восстановления после операции и возможных осложнениях;
- неспособность адекватно оценить состояние здоровья пациентки перед операцией;
- восприятие анестезиологов как обслуживающий персонал в учреждениях родовспоможения;
- стремление любую неудачу в периоперационный период объяснить дефектами анестезиологического обеспечения.

Отрицательное представление акушеров-гинекологов об анестезиологах сводится к мнению, что анестезиологи больше озабочены тем, чтобы закончить свой рабочий день вовремя, нежели тем, чтобы вникнуть в потребности своих пациенток. Это проявляется в:

- необоснованном стремлении отменить операцию;
- неадекватной необходимости сохранения графика операций;
- необоснованно длительной паузе между операциями;
- отсутствии желания сообщать всей команде об изменениях в жизненно важных показателях пациентки;
- нежелание информировать команду о необходимости поддержки гемодинамики вазопрессорами;
- отказе изменить анестезиологический план по желанию акушера-гинеколога (больше гинеколога) в оптимизации хирургической тактики.

Нередко в этих случаях анестезиолог отличается от Бога только тем, что Бог не знает что он анестезиолог.

Полезным в этом плане выглядит статья N. Nguyen-Lu et al. Они провели очень интересное исследование, на котором мы остановимся подробнее. Результаты этого исследования, основанного на методе Дельфи, показали несколько спорных тем между анестезиологами и акушерами-гинекологами. Мы добавили в них еще темы (выделены курсивом) [7].

Темы, выбранные анестезиологами	Темы, выбранные акушерами-гинекологами
1. Недостаточная оценка анестезиологических рисков. 2. Ведение пациенток с высоким риском. 3. Недостаточная коммуникация между анестезиологами и акушерами-гинекологами. 4. Время операции Кесарево сечение. 5. Использование утеротоников. 6. «Извлечение» матки при операции КС. 7. <i>Использование НМГ во время беременности.</i> 8. <i>Лед на матку после операции КС.</i>	1. Техника анестезии при экстренной операции КС. 2. Использование утеротоников. 3. Различие мнений у анестезиологов относительно приема пищи перед плановой операцией КС. 4. Полное открытие и прекращение эпидуральной анальгезии (ЭА). 5. <i>Начало ЭА и открытие шейки матки.</i> 6. <i>Отношение к болевому синдрому, как обязательному компоненту родов.</i>

Анестезиологи определили вдвое больше тем, и только одна оказалась общей (использование утеротоников). Несмотря на то, что первоначально были определены разные темы, после представления точки зрения коллег друг другу, обе стороны согласились с ними. Тем не менее, было значительное разногласие по вопросам основных причин спорных тем.

Темы и причины, определенные обеими группами врачей, отражают комбинацию низкого уровня базовых знаний, оптимальной коммуникации, системных проблем и рабочих привычек. Кроме того, результаты показывают, что у анестезиологов существует большая чувствительность к потребностям матери и особое отношение к рискам, и они более не удовлетворены нехваткой общего решения этих проблем.

Существует простое решение некоторых тем, например, соблюдение рекомендаций по приему пищи перед операцией. Удивительно, но акушеры-гинекологи воспринимают анестезиологов, как не имеющих единой практики по этому вопросу. Тем не менее, особенности приема пищи перед плановой операцией КС четко установлены в рекомендациях анестезиологических сообществ, и правильное общение со всеми медицинскими работниками должно исключить это противоречие.

Другие темы, такие как «извлечение» матки при операции КС или оставление ее на месте и использование утеротоников, требуют рассмотрения и обсуждения текущих рекомендаций, а также некоторой приверженности как анестезиологов, так и акушеров-гинекологов тому, чтобы оставить старые привычки и использовать современные доказательства. Интересно, что единственной темой, поднятой обеими группами специалистов, было использование утеротоников для профилактики и лечения послеродового кровотечения, а противоречивые мнения рассматривали оптимальные дозы окситоцина при КС.

Однако некоторые темы требуют глубокого анализа данных и проведения диалога с обучением. Например, споры вокруг наилучшей техники анестезии в случае экстренного КС свидетельствуют о том, что акушерам-гинекологам не хватает понимания рисков при анестезии, и, с точки зрения акушеров-гинекологов, анестезиологи уделяют первоочередное внимание безопасности и благополучию матери, по сравнению с плодом в экстренных ситуациях. Этот общий сценарий при родах или КС включает в себя не только знания и навыки, но и юридические и этические проблемы. Большинство рекомендаций различных профессиональных сообществ имеют стандартизованные классификации срочности операции КС и рекомендуют соблюдать 30-минутный интервал принятия решения для экстренного КС. [8]

В некоторых обстоятельствах требуется немедленное родоразрешение, однако в любом случае безопасность матери не должна подвергаться риску. Командное обучение в симуляционных центрах может обеспечить улучшение коммуникации и эффективности при подготовке к экстренным, сложным и стрессовым ситуациям. Следует отметить, что у анестезиологов существует больший интерес к симуляционным и нетехническим навыкам, применяемым при управлении кризисными ситуациями.

Мультидисциплинарный подход на симуляционных курсах

Как уже было сказано выше, недостаточная коммуникация среди участников команды, особенно в экстренных случаях, часто приводит к летальным исходам роженицы, плода или новорожденного. *Могут ли симуляционные курсы с мультидисциплинарным подходом улучшить взаимодействие в реальной жизни?* Ответ на этот вопрос попытались дать A. Merián et al, проведя систематический обзор литературы с целью оценить эффективность мультидисциплинарного обучения совместной

работе при экстренных ситуациях в акушерской практике. К сожалению, исследования показали слабую эффективность обучения на симуляционных курсах. Однако даже этот небольшой эффект улучшил показатели работы, что привело к снижению количества новорожденных с баллами по Апгар ≤ 6 почти в два раза; снизило частоту гипоксическо-ишемической энцефалопатии у новорожденных; повысило качество коммуникации между акушерами-гинекологами и анестезиологами при акушерских кровотечениях [9].

Как же мы можем улучшить наши взаимоотношения?

1. Спросите своего коллегу из другого отделения (акушера-гинеколога или анестезиолога), что он (она) думает о сотрудниках вашего отделения. Лучше завести этот разговор в неформальной обстановке.
2. Организуйте мультидисциплинарное симуляционное обучение, постарайтесь создать пары или команду из врачей, чьи отношения не самые лучшие в коллективе.
3. Используйте различные клинические ситуации, в одной из которых лидером сможет оказаться акушер-гинеколог, а в другой — анестезиолог.
4. При возникновении ситуации, которая заставит вас почувствовать, что коллега из другого отделения делает что-то в своих собственных интересах, а не в интересах пациентки, постарайтесь понять, какие могут быть этому объяснения. Если вы не находите ответа, спросите коллегу, но сделайте это аккуратно, без эмоций.
5. При возникновении спорных ситуаций, не говорите: «Я так считаю!», старайтесь использовать в общении фразы: «Рекомендации Министерства Здравоохранения (профессиональных сообществ)» или «Инструкция к препарату...»

Вы можете быть акушером-гинекологом или анестезиологом, у которого нет проблем в

отношениях с коллегами. Вам повезло! Но даже в благополучных командах время от времени возникают проблемы и конфликты. В конечном счете, независимо от наших собственных отношений, все мы должны согласиться с тем, что безопасность пациентки всегда стоит на первом месте!

Заключение

Подходит к концу 2020 год, время течет неумолимо. В 1997 году на заре становления акушерской анестезиологии на постсоветском пространстве, в прекрасном произведении «Этюды критической медицины, том 3. Акушерство глазами анестезиолога» [10] (примеч. младшего соавт.) А.П. Зильбер и Е.М. Шифман в своей книге приводят замечательное заключение, я бы даже сказал, взгляд в будущее. Уже тогда было предельно ясно, что отношения между анестезиологами-реаниматологами и акушерами-гинекологами в обособленном роддоме будут сложными и потребуют серьезной работы. Не могу не процитировать их пророческие слова: «А иметь если не единство, то хотя бы взаимотерпимость к взглядам коллег нам совершенно необходимо, потому что в ближайшем будущем медицину ожидает неизбежное углубление связей акушерства и анестезиологии». Именно так и произошло — поменялась медицина, поменялись и мы. АААР стала стремиться к созданию клинических и методических рекомендаций с РОАГ. Так давайте если не любить, так хотя бы флиртовать друг с другом. Ведь среди общеизвестных значений слова флирт есть и смотреть или двигаться в одном направлении.

Сегодня анестезиологу-реаниматологу необходимо общение с акушером-гинекологом, потому что только в понимании и взаимоуважении мы сможем получить максимальный результат нашей работы! Но это уже идеальный мир!

Список литературы

1. McLain-Smith D: Divide or Conquer: How Great Teams Turn Conflict into Strength. New York, Penguin Group, 2008
2. Gawande A., Zinner M., Studdert D., Brennan T. Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. *Surgery*. 2003;133 (6): 614 – 21
3. Lingard L., Espin S., Whyte S., Regehr G., Baker G., Reznick R. et al. Communication failures in the operating room: An observational classification of recurrent types and effects. *Qual Saf Health Care*. 2004; 13(5): 330 – 4
4. Sinha S., Adhikari D., Saha A., Samui S. Surgeon – anesthesiologist relationship. *International Journal of Basic and Applied Medical Sciences*. 2014; 4(2): 171 – 81
5. Davies J., Posner K., Lee L., Cheney F., Domino K. Liability associated with obstetric anesthesia: a closed claims analysis. *Anesthesiology*. 2009; 110(1): 131 – 9
6. Nurok M., Lee Y., Ma Y., Kirwan A., Wynia M., Segal S. Are surgeons and anesthesiologists lying to each other or gaming the system? A national random sample survey about «truth-telling practices» in the perioperative setting in the United States. *Patient Saf Surg*. 2015; 10; 9: 34
7. Nguyen-Lu N., Downey K., Carvalho J. Controversy between anesthesiologists and obstetricians on the labour ward: the Delphi method is used as a consensus-building technique. *Can J Anaesth*. 2015; 62(3): 271 – 7
8. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Classification of Urgency of Caesarean Section – a Continuum of Risk (Good Practice No. 11). London: RCOG 2010
9. Meriën A., van de Ven J., Mol B., Houterman S., Oei S. Multidisciplinary team training in a simulation setting for acute obstetric emergencies: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2010; 115(5): 1021 – 31
10. Зильбер А.П., Шифман Е.М. «Этюды критической медицины, том 3. Акушерство глазами анестезиолога» Петрозаводск: Издательство ПГУ, 1997. 397 с.

Комментарий эксперта



Белокриницкая Татьяна Евгеньевна – д.м.н., профессор, заслуженный врач Российской Федерации, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Дальневосточном Федеральном округе. Заведующая кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета, ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ, Президент Краевой общественной организации «Забайкальское общество акушеров-гинекологов», член правления Российского общества акушеров-гинекологов (Чита, Россия).

На книге А.П. Зильбера, Е.М. Шифмана «Этюды критической медицины, том 3. Акушерство глазами анестезиолога» 1997 г воспитано не одно поколение анестезиологов-реаниматологов и акушеров-гинекологов. Прекрасный стиль изложения и доступная форма подачи сложнейшего материала, а также междисциплинарный подход (такой дефиниции в те годы еще не было) выделяли этот труд среди других. С позиции минувших с даты выхода книги лет, поистине пророческими выглядят заключительные слова авторов: «...в ближайшем будущем медицину ожидает неизбежное углубление связей акушерства и анестезиологии».

Современное акушерство невозможно без командной работы акушера-гинеколога и анестезиолога-реаниматолога – это факт уже исторический.

Пациентки в критическом состоянии требуют командного подхода акушеров, анестезиологов и реаниматологов для оптимального уровня оказания помощи [Chawla S, Nakra M, Mohan S, Nambiar BC, Agarwal R, Marwaha A. Why do obstetric patients go to the ICU? A 3-year-study. Med J Armed Forces India. 2013 Apr;69(2):134-7]. Аудит критических состояний показывает, исходы для пациенток во многом зависят от того, насколько эффективно это взаимодействие. В целом, по оценкам экспертов, проблемы коммуникации в команде являются причиной около 85% летальных исходов в стационаре.

Коммуникация – это передача сообщения, сознательное, построенное, адресное и целесообразное влияние на взгляды

и ценности, управление поступками другого коммуникатора, построенное исключительно на рациональной основе. **Команда** – это небольшая группа людей, занятых выполнением определенной задачи. При этом, участники группы имеют личную заинтересованность в успехе всей группы.

Командная работа (Teamwork) – это совместная целенаправленная работа специалистов, решающих общую задачу на основе интеграции знаний в различных профессиональных областях *по правилам, выработанным сообществом*. В этом аспекте очень ценна и важна для будущего выработанная в России практика совместной разработки профессиональными сообществами акушеров-гинекологов и анестезиологов-реаниматологов клинических рекомендаций, информационных писем, чек-листов, алгоритмов оказания помощи пациенткам акушерско-гинекологического профиля. Помимо достижения методологического консенсуса важен непрерывный обмен информацией, мнениями и открытый диалог представителей разных специальностей. Эти задачи успешно решают междисциплинарные образовательные форумы, конференции, съезды. В период эпидемии новой коронавирусной инфекции аудитории участников стали колоссальными по численности, а площадкой их проведения стала вся страна. Это, несомненно, стало мощным прорывом в нашем профессиональном общении и непрерывном образовании. На мой взгляд, такие мероприятия выполняют не только образовательную функцию, но и воспитательную, с точки зрения

самовосприятия специалистами акушером-гинекологом и анестезиологом-реаниматологом как членов единой команды.

Перечисленные позиции позволяют подготовить своего рода базис для эффективного междисциплинарного взаимодействия. На мой взгляд, культура междисциплинарного общения в рамках наших совместных мероприятий, взаимное уважение и корректность в дискуссиях и ответах на вопросы, формирование умения взглянуть на одну и ту же проблему глазами акушера-гинеколога и анестезиолога-реаниматолога – это важный аспект в преодолении недопонимания и ликвидации конфликтов в отношениях между анестезиологами-реаниматологами и акушерами-гинекологами.

Однако человеческий фактор, который вносит каждый член команды, способен оказать и деструктивное действие. Эксперты по тимбилдингу (Team building – построение команды) особо отмечают, что участники

команды должны быть открытыми и честными друг с другом, готовы к противостоянию возникающим трудностям, внутригрупповым конфликтам, связанным с тем, что члены группы обладают различным мировосприятием. Условия для успешного исполнения командной роли: каждый член команды должен знать, что от него точно требуется; индивидуальные особенности и профессиональные компетенции должны соотноситься с потребностями группы; самоконтроль (в том числе, по чек-листам), взаимный контроль; информирование участников о развитии событий и текущая оценка степени достижения совместной цели. Регулярные мультидисциплинарные тренинги и симуляционное обучение в командах на «рабочем месте», в реальной обстановке, в реальном коллективе признаны действенной мерой по приобретению навыков коммуникации и эффективной слаженной работы команды.

LANCET

If DYS42b is 12 and DYS392 is not 11, one is probably a member of haplogroup R1b.

If DYS42b is 12 and DYS392 is 11, one is probably a member of haplogroup R1b.

If DYS42b is 12 and DYS392 is not 11, one is probably a member of haplogroup R1b.

If DYS42b is 12 and DYS392 is 11, one is probably a member of haplogroup R1b.

If DYS42b is 12 and DYS392 is 11, one is in the known model for G shown above.

На острие медицинских технологий



Средства визуализации



Антитромботическая терапия



Пульмонология



Анестезиология и реаниматология



Онкология



Орфанные заболевания

КОРОТКО О ГЛАВНОМ

Корреляция между шоковым индексом и уровнем гемоглобина при послеродовом кровотечении при родах через естественные родовые пути

T. Drew, J.C.A. Carvalho, C. Subramanian, E.W. Yoon, K. Downey, B. Thorneloe, M. Balki. The association of shock index and haemoglobin variation with postpartum haemorrhage after vaginal delivery: a prospective cohort pilot study. Published: November 04, 2020.

В этом проспективном исследовании авторы продемонстрировали, что раннее увеличение шокового индекса (в течение первых 30 минут после родов) и отрицательная динамика SpHb (неинвазивного гемоглобина) в течение более длительного периода времени (более 60 и 120 минут после родов) коррелируют с количеством послеродовой кровопотери. Пиковые значения шокового индекса и Δ SpHb также коррелируют с объемом кровопотери. Пиковые значения шокового индекса возникают раньше, чем Δ SpHb у рожениц с ПРК.

Шоковый индекс был лучшим показателем для диагностики послеродового кровотечения, чем оба его отдельных компонента (ЧСС и САД). Несмотря на множество факторов, которые могут повлиять на ЧСС и САД после родов (включая эпидуральную анестезию, инфузию кристаллоидов и введение утеротоников), шоковый индекс продемонстрировал высокую чувствительность к ПРК в этом исследовании.

Сильные стороны этого исследования заключались в том, что авторы оценивали как высокий (SpHb), так и низкий (шоковый индекс) ресурсный инструмент для раннего обнаружения ПРК, уделяя особое внимание тенденции значений. Использовался стандартизированный метод измерения кровопотери.

Это исследование имеет ряд ограничений. Инфузия разного объема растворов могла повлиять на значения SpHb и шокового индекса за счет гемодилюции и увеличения ударного объема. Авторы не контролировали использование утеротоников, хотя все пациентки получали стандартизированную дозу окситоцина. Все пациентки в исследовании получали эпидуральную анестезию, которая прекращалась при родах, и было продемонстрировано, что на шоковый индекс она не влияет.

Исключение некоторых женщин из групп высокого риска (например, преэклампсии) может ограничить ее обобщение, и необходимы дальнейшие проспективные исследования.

Анализ частоты использования общей анестезии в акушерской анестезиологии на фоне пандемии НКИ COVID-19 на северо-западе Англии

Bhatia K, Columb M, Bewlay A, Eccles J, Hulgur M, Jayan N, Lie J, Verma D, Parikh R. The effect of COVID-19 on general anaesthesia rates for caesarean section. A cross-sectional analysis of six hospitals in the north-west of England. Anaesthesia. 2020 Oct 18.

Это исследование показало снижение частоты общей анестезии при кесаревом сечении (с 7,7% до 3,7%) на северо-западе Англии во время пандемии НКИ COVID-19. Для сравнения, средняя частота общей анестезии 8,75% была зарегистрирована в анализе Национальной базы данных акушерской анестезии более 3000000 родов и 770000 операций кесарева сечения в период 2009-2014 гг. Данные

проведенного исследования из небольшого числа больниц подчеркивают тот факт, что частота общей анестезии снизилась до 3,7% во время пика пандемии в этих больницах, а частота использования регионарной анестезии при кесаревом сечении увеличилась до более чем 96%.

Снижение частоты общей анестезии можно объяснить множеством причин. Преимущества регионарной анестезии для женщин, перенесших кесарево сечение, хорошо известны анестезиологам. Более актуальным является осознание анестезиологами того, что интубация трахеи при кесаревом сечении (и связанные с ней маневры) – это процедура, генерирующая аэрозоль, которая представляет один из самых высоких рисков передачи вируса от подозреваемого или подтвержденного случая. Это подчеркивалось в обзорах во время предыдущих вспышек тяжелого острого респираторного синдрома (SARS) и ближневосточного респираторного синдрома (MERS). Общая анестезия подвергает риску не только анестезиологов, но и других медицинских работников. Во время вспышки атипичной пневмонии 21% инфицированных во всем мире были работниками здравоохранения. Регулярное тестирование беременных на НКИ COVID-19 изначально не было доступно во всех родильных отделениях Великобритании. Рекомендации по анестезии, опубликованные во всем мире во время пандемии, еще больше усилили рекомендацию о предпочтении регионарной анестезии общей, поэтому неудивительно, что анестезиологи стремились избегать общей анестезии у любой роженицы, если это не считалось необходимым. Проведенный анализ также показывает, что общая анестезия все еще использовалась в 12% операций кесарева сечения 1 категории во всех больницах во время пандемии. Таким образом, анестезиологи без колебаний предоставляли общую анестезию, когда это было необходимо (например, во время дистресса плода).

Принятие акушерских решений, о чем свидетельствуют различные категории кесарева сечения (как до COVID-19, так и во время COVID-19) в проведенном исследовании, не различались во время пандемии. Однако во время пандемии частота операций кесарева сечения действительно увеличилась. Нескорректированная общая частота операций кесарева сечения как до COVID-19, так и во время пандемии составляла чуть менее 30%, что подчеркивает, что она выше, чем предполагаемый национальный показатель в 25%, по крайней мере, в некоторых больницах на северо-западе Англии.

Конверсия регионарной анестезии в общую снизилась с 1,7% до 0,8% за период исследования на фоне пандемии НКИ COVID-19 и является значительным фактором снижения частоты использования общей анестезии. Наибольшее сокращение наблюдалось в отношении кесарева сечения 1 категории в большинстве больниц.

Проведенное исследование подчеркивает, что «безопасное» снижение показателей общей анестезии в больницах, возможно, отвечает интересам матерей, выгодно для медицинских работников и имеет институциональные преимущества в отношении использования ресурсов (СИЗ). Данные этого исследования также дают пищу для размышлений о вариациях частоты кесарева сечения у женщин с COVID-19 и о том, растет ли частота кесарева сечения, хотя оба эти вывода требуют дальнейшего изучения.

В целом, частота общей анестезии для кесарева сечения значительно снизилась во время пика пандемии НКИ COVID-19. Рекомендации по выбору вида анестезии оказались ключевыми факторами, которые потенциально повлияли на это снижение.

Сравнение эффективности карбетоцина и окситоцина при срочной операции кесарева сечения: систематический обзор, мета-анализ рандомизированных контролируемых исследований

Onwochei, D.N., Owolabi, A., Singh, P.M. et al. Carbetocin compared with oxytocin in non-elective Cesarean delivery: a systematic review, meta-analysis, and trial sequential analysis of randomized-controlled trials. Can J Anesth. 2020, 67: 1524–1534

В мета-анализ было включено пять РКИ с участием 1214 рожениц. Потребность в дополнительных утеротониках значительно снижалась при применении карбетоцина по сравнению с окситоцином (отношение шансов, 0,30; 95% ДИ, 0,11–0,86). Не было выявлено значительных различий в отношении каких-либо вторичных исходов, но между исследованиями наблюдалась значительная неоднородность.

Анафилаксия при беременности: популяционное многонациональное европейское исследование

McCall, S.J., Bonnet, M.-P., Åyräs, O., Vandenberghe, G., Gissler, M., Zhang, W.-H., Van Leeuw, V., Deneux-Tharaux, C., Kurinczuk, J.J., Knight, M., Anaphylaxis in pregnancy: a population-based multinational European study. Anaesthesia, 2020; 75: 1469-1475.

Анализ был проведен в пяти европейских странах (Великобритания, Франция, Финляндия, Нидерланды, Бельгия), в которых была выявлена частота анафилаксии во время беременности 1,5 на 100 000 женщин почти на 4,5 миллиона родов. Большинство реакций происходило примерно в то время, когда женщина рожала. Существовали различия в диагностике и лечении анафилаксии между Великобританией и континентальной Европой.

Основными причинами анафилаксии были антибиотики и анестетики, редко миорелаксанты. Как и в предыдущих исследованиях, наиболее часто подозреваемой причиной был антибиотик, который вводился с профилактической целью. У трех женщин (две во Франции и одна в Великобритании) была анафилаксия после введения антибиотика против стрептококка группы В. Было обнаружено, что более 20% реакций является прямым результатом профилактического использования антибиотиков во время кесарева сечения. Половина этих реакций возникла после того, как было выполнено кесарево сечение. Важно отметить: если бы антибиотики были введены до операции, развитие осложнений у новорожденных могло быть сильнее. В Финляндии и Франции антибиотики с целью профилактики вводили перед разрезом кожи. Большинству женщин, у которых была периоперационная реакция, не проводился IgE-специфический тест для подтверждения причины анафилаксии, что имело бы важное значение для будущих хирургических процедур.

Результаты этого исследования аналогичны результатам VI Национального аудиторского проекта (NAP6); в частности, антибиотики и миорелаксанты были основными причинами. Интересно отметить, что суксаметоний (был единственным миорелаксантом, используемым в этом исследовании, тогда как рокуроний был наиболее распространенным агентом в NAP6). Это можно объяснить тем, что предпочтительнее использование суксаметония во время индукции общей анестезии при кесаревом сечении. Более того, в одном из ранее опубликованных исследований во Франции сообщалось, что миорелаксанты являлись основной причиной материнской смерти от анафилаксии.

Трем женщинам, у которых была аллергия на пенициллин, вводили препарат, что привело к анафилактической реакции. Это подчеркивает, что такие случаи можно было бы предотвратить, и указывает на то, что подробный аллергологический анамнез на препараты должен быть получен при осмотре перед операцией и непосредственно перед введением любых антибиотиков.

Результаты исследования показывают, что в континентальной Европе доля женщин, получавших адреналин, еще меньше, чем в Великобритании. В проекте NAR6 указано, что уровень смертности от анафилаксии был низким, что, вероятно, было следствием раннего выявления и лечения реакций. Современные протоколы рекомендуют использование адреналина в качестве терапии первой линии при анафилаксии.

Это исследование показало плохие результаты выживаемости для женщин с анафилаксией: уровень летальности составил 3,5%, а 11% женщин получили серьезные осложнения. В конфиденциальных исследованиях материнской смертности в Великобритании и Франции сообщается об аналогичных случаях летального исхода от анафилаксии, связанной с беременностью. Кроме того, были тяжелые исходы для младенцев: треть младенцев поступила в отделение интенсивной терапии новорожденных, каждый шестой младенец был с низкими баллами по шкале Апгар и каждый седьмой - с неонатальной энцефалопатией, требующей терапевтического охлаждения.

В заключение следует отметить, что в пяти европейских странах анафилаксия, связанная с беременностью, также встречается редко, несмотря на наличие множества причин и различных протоколов профилактики. Совершенно ясно, что необходимо соблюдать действующие клинические рекомендации МЗ РФ, включающие немедленное введение адреналина.



Образовательный проект
АССОЦИАЦИИ АКУШЕРСКИХ
АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ
для молодых специалистов здравоохранения

Новое поколение АААР

МЫ ПРИГЛАШАЕМ:

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

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

МЫ ПРЕДЛАГАЕМ:



ЧЛЕНСТВО
в Ассоциации ААР
бесплатно
до достижения 35 лет;



ВЫСТУПЛЕНИЕ
на вебинаре
Ассоциации ААР
+ авторский гонорар;



ПУБЛИКАЦИЯ
в «Вестнике акушерской
анестезиологии»
+ авторский гонорар;



ПОДДЕРЖКА
финансирование
перспективного
научного исследования.

WWW.ARFPOINT.RU

Управление болью при кесаревом сечении: использование и стоимость анестетиков и анальгетиков

Социальная гигиена и организация здравоохранения

Оригинальное исследование / Original Research

DOI: 10.17816/KMJ2020-418

© 2020 Авторы
УДК 618.5-089.888.61: 616-089.5615.21

Управление болью при кесаревом сечении: использование и стоимость анестетиков и анальгетиков

Чолпон Болотбековна Таштанбекова^{1*}, Елена Александровна Чуенкова²,
Алексей Андреевич Евстратов², Лилия Евгеньевна Зиганшина³

¹Казанский (Приволжский) федеральный университет, г. Казань, Россия;

²Республиканская клиническая больница, г. Казань, Россия;

³Казанский государственный медицинский университет,
г. Казань, Россия

Реферат

Цель. Изучить использование лекарств для управления болью при кесаревом сечении и их стоимость во время и в 1-е сутки после операции.

Методы. Проведён ретроспективный анализ 117 наркозных карт и историй родов женщин после кесарева сечения. Мы проанализировали лекарственную терапию, направленную на уменьшение боли во время и в 1-е сутки после операции кесарева сечения, и провели сравнительный анализ стоимости лекарств, использованных при спинальной и эпидуральной анестезии.

Результаты. Регионарные методы анестезии, эпидуральную и спинальную, использовали в 95% всех случаев. Спинальная анестезия была выполнена у 77 женщин, эпидуральная — у 34 женщин. Частота назначения опиоидных анальгетиков была выше при спинальной анестезии по сравнению с эпидуральной: тримеперидин (внутримышечно) был использован у 62 (83%) из 77 пациенток при спинальной анестезии и в 1 (3%) случае из 34 при эпидуральной анестезии ($p < 0,05$). Не выявлено различий в использовании кетопрофена в послеоперационном периоде при эпидуральной и спинальной анестезии. Совокупная стоимость лекарственных средств, использованных для контроля боли во время и в 1-е сутки после операции, при эпидуральной анестезии почти в 10 раз превышала таковую при спинальной: 938 и 98 рублей соответственно.

Вывод. Для управления болью при кесаревом сечении дополнительно к местным анестетикам тримеперидин применяли чаще при спинальной, чем при эпидуральной анестезии; в послеоперационном периоде с одинаковой частотой использовали кетопрофен и тримеперидин при большем использовании ропивакаина при эпидуральной анестезии через сохранённый катетер; это стало причиной более высокой стоимости управления болью во время и в 1-е сутки после кесарева сечения при эпидуральной анестезии.

Ключевые слова: кесарево сечение, лекарственные средства, спинальная и эпидуральная анестезия, частота использования, стоимость.

Для цитирования: Таштанбекова Ч.Б., Чуенкова Е.А., Евстратов А.А., Зиганшина Л.Е. Управление болью при кесаревом сечении: использование и стоимость анестетиков и анальгетиков. *Казанский мед. ж.* 2020; 101 (3): 418–425. DOI: 10.17816/KMJ2020-418.

Use and costs of pain management in cesarian section

C.B. Tashtanbekova¹, E.A. Chuenkova², A.A. Evstratov², L.E. Ziganshina³

¹Kazan (Volga Region) Federal University, Kazan, Russia;

²Republican Clinical Hospital, Kazan, Russia;

³Kazan State Medical University, Kazan, Russia

Abstract

Aim. To study the use of drugs for pain management for cesarean section and their cost on time and the first day after surgery.

Адрес для переписки: cholpon.bolotbekovna@mail.ru

Поступила 31.01.2020; принята в печать 17.03.2020.

Полная версия статьи на [сайте](#) журнала

Выбор метода обезболивания при вращении плаценты – за и против

ОБМЕН ОПЫТОМ

Статья поступила в редакцию 7.12.2019 г.

Паличев В.Н., Самodelкин В.С., Шибельгут Н.М., Елгина С.И., Мозес В.Г., Рудаева Е.В.
 Кемеровская областная клиническая больница им. С.В. Беляева,
 Кемеровский государственный медицинский университет,
 г. Кемерово, Россия

ВЫБОР МЕТОДА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ВРАЩЕНИИ ПЛАЦЕНТЫ – ЗА И ПРОТИВ

Вращение плаценты является одной из двух ведущих причин кровотечения в родах и после родов, и наиболее частым показанием для гистерэктомии. Частота вращений плаценты растет параллельно с увеличением частоты кесарева сечения. Выбор операции кесарева сечения и планируемая гистерэктомия – это традиционный подход к лечению вращений плаценты. Лечение вращений требует координации между анестезиологами, акушерами, радиологами, работниками банка крови и специализированными хирургическими бригадами.

В представленной статье описан опыт работы докторов анестезиологического отделения Областного перинатального центра Кемеровской областной клинической больницы им. С.В. Беляева. Применение предлагаемого метода региональной анестезии при родоразрешении женщин с вращением плаценты может помочь избежать материнских осложнений, которые возможны при общей анестезии, таких как сложные и неудачные интубации, легочные аспирации, интраоперационные пробуждения, развитие хронической боли и повышенная материнская заболеваемость. При сравнении женщин с разными видами анестезии было отмечено более редкое использование гемотрансфузии, снижение объема кровопотери на фоне применения региональной анестезии. Кроме того, способность поддерживать интраоперационное давление крови во время региональной анестезии была успешной в большинстве кесаревых сечений при предлежании, даже в условиях кровотечения.

Ключевые слова: вращение плаценты; акушерские кровотечения; кровопотеря; обезболивание

Palichev V.N., Samodelkin V.S., Shibelgut N.M., Elgina S.I., Mozes V.G., Rudaeva E.V.
 S.V. Belyaev Kemerovo Regional Clinical Hospital,
 Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

THE CHOICE OF THE METHOD OF ANESTHESIA FOR PLACENTAL INGROWTH-PROS AND CONS

Placenta accreta is one of the two leading causes of bleeding in childbirth and postpartum, and the most common indication for hysterectomy. The frequency of placental ingrowth increases in parallel with the increase in the frequency of caesarean section. The choice of caesarean section and planned hysterectomy is a traditional approach to the treatment of placental ingrowth. Treatment of ingrowth requires coordination between anesthesiologists, obstetricians, radiologists, blood Bank workers and specialized surgical teams.

The article describes the experience of doctors of anesthesiology department of the Regional Perinatal Center of the Kemerovo Regional Clinical Hospital named after S.V. Belyaeva. The use of the proposed method of regional anesthesia in the delivery of women with placental rotation can help to avoid maternal complications that are possible with General anesthesia, such as complex and unsuccessful intubations, pulmonary aspiration, intraoperative awakening, the development of chronic pain and increased maternal morbidity. When comparing women with different types of anesthesia, there was a more rare use of blood transfusion, a decrease in blood loss against the background of regional anesthesia. In addition, the ability to maintain intraoperative blood pressure during regional anesthesia has been successful in most caesarean sections under presentation, even under bleeding conditions.

Key words: placental growth; obstetric bleeding; blood loss; anesthesia

Вращение плаценты является одной из двух ведущих причин кровотечения в родах и после родов, и наиболее частым показанием для гистерэктомии [1]. Чем глубже вращение плаценты, тем серьезнее последствия. Материнская смертность при вращении может достигать 7 %, а плодовая смертность – 9 % [2].

За последние 30 лет частота вращений плаценты увеличилась в 10 раз. В развитых странах распространенность вращений варьируется от 1 : 530 до 1 : 2500 родов [3].

Частота вращений плаценты растет параллельно с увеличением частоты кесарева сечения.

Большинство женщин с вращением плаценты не имеют никаких симптомов во время беременности. Идентификация известных факторов риска необходима для ранней диагностики данной патологии [4]. Предшествующее кесарево сечение в анамнезе является основным фактором риска, особенно если есть предлежание плаценты [5]. Чем больше количество предшествующих операций кесарева сечения, тем выше риск развития вращений плацента.

Корреспонденцию адресовать:

ЕЛГИНА Светлана Ивановна,
 650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22 а,
 ФГБОУ ВО КеГМУ Минздрава России.
 Тел: 8 (3842) 73-48-56
 E-mail: elginas.j@mail.ru

Информация для цитирования:

Паличев В.Н., Самodelкин В.С., Шибельгут Н.М., Елгина С.И.,
 Мозес В.Г., Рудаева Е.В. Выбор метода обезболивания при
 вращении плаценты – за и против // Мать и Дитя в Кузбассе. 2020.
 №1(80). С. 64-68.
 DOI: 10.24411/2686-7338 -2020-10012

Программированный интермиттирующий эпидуральный болюс (PIEB) для обезболивания самопроизвольных родов

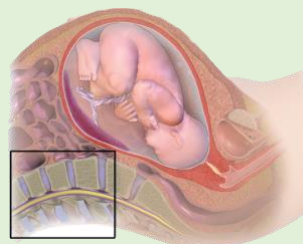
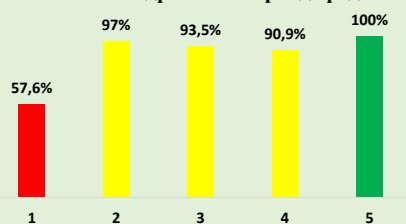
АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ и РЕАНИМАТОЛОГИЯ

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ
и РЕАНИМАТОЛОГИЯ

Программированный интермиттирующий эпидуральный болюс (PIEB) для обезболивания самопроизвольных родов

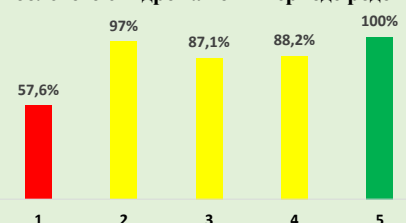
Исследование Е.Ю. Упрямовой, Е.М. Шифмана, В.И. Краснопольского, А.М. Овезова оценивало эффективность различных режимов эпидуральной анальгезии (пациент-контролируемая эпидуральная анальгезия (РСЕА) постоянная эпидуральная инфузия (СЕИ) программированный интермиттирующий эпидуральный болюс (PIEB), местный анестетик - левобупивакаин) для обезболивания самопроизвольных родов

Доля рожениц по группам со снижением болевого синдрома в I периоде родов



175 рожениц / 5 групп

Доля рожениц по группам со снижением болевого синдрома во II периоде родов



1 группа
Ручные болюсы по требованию / 80 - 90 мин (0,25% 10,0 мл)



2 группа
РСЕА: 0,125% 10,0 мл; локаут 20 мин



3 группа
РСЕА (0,125% 10,0 мл / 30 мин) + СЕИ (0,125% 10,0 мл/ч)



4 группа
РСЕА (0,0625% 10,0 мл / 20 мин) + СЕИ (0,0625% - 15 мл/ч)



5 группа
PIEB (0,0625% 9,0 мл / 45 мин) + РСЕА (0,0625% 10,0 мл / 10 мин)

Режим PIEB + РСЕА показал оптимальную эффективность обезболивания I и II периодов самопроизвольных родов

Программированный интермиттирующий эпидуральный болюс (PIEB) для обезболивания самопроизвольных родов

Е.Ю. Упрямова, Е.М. Шифман, В.И. Краснопольский, А.М. Овезов

Анестезиология и реаниматология. 2020;4:68–76

Полная версия статьи на [сайте](#) журнала

Ургентный плазмообмен при лечении тромботической микроангиопатии в послеродовом периоде у женщин

Авторы:

Т. В. Кирсанова

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва Россия

Т. А. Федорова

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва Россия

С. Р. Гурбанова

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва Россия

А. И. Балакирева

ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», Москва, Россия

О. В. Рогачевский

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва Россия

М. А. Виноградова

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва Россия

И. В. Завьялова

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва Россия

DOI: [10.17116/anaesthesiology202005185](https://doi.org/10.17116/anaesthesiology202005185)

Журнал: Анестезиология и реаниматология. 2020;(5): 85-91

Полная версия статьи на [сайте](#) журнала

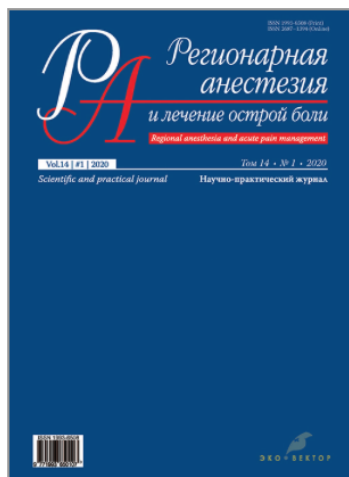
Нейроаксиальные методы обезболивания родов

Цель исследования – определение метода выбора нейроаксиального обезболивания родов путём сравнительной оценки эффективности и безопасности ультранизкодозированной спинальной, эпидуральной и паравerteбральной аналгезии.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 160 рожениц, разделённых на 4 группы по 40 женщин в каждой: в 1-й группе обезболивание родов достигалось эпидуральной аналгезией, во 2-й группе обезболивание родов осуществлялось ультранизкодозированной спинальной аналгезией, в 3-й группе проводилась паравerteбральная аналгезия, в 4-й (группа сравнения) роженицы от обезболивания отказались. В процессе родов изучали показатели центральной гемодинамики: частота сердечных сокращений, артериальное давление, среднее артериальное давление. Моторный блок оценивали по шкале Bromage. Контролировались динамика раскрытия маточного зева, продолжительность первого и второго периодов родов. Регистрировались осложнения и негативные эффекты обезболивания, влияние аналгезии на плод и новорождённого.

Результаты. Эпидуральная аналгезия показала свою высокую эффективность и безопасность, однако длительность второго периода родов в этой группе оказалась достоверно выше, чем в других. Ультранизкодозированная спинальная аналгезия оказала выраженный аналгетический эффект в первом периоде родов. Однако её непродолжительное, по сравнению с другими методами, действие не всегда обеспечивало эффективное обезболивание второго периода родов. Выявлены преимущества паравerteбральной аналгезии в виде значительного ускорения раскрытия шейки матки и уменьшения продолжительности родов на фоне полноценной аналгезии. Сама технология технически более проста и менее инвазивна, чем сравниваемые методики.

Нейроаксиальные методы обезболивания родов



- **Авторы:** Неймарк М.И.¹, Иванова О.С.^{1,2}
- **Учреждения:**
 1. ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
 2. ГБУЗ ЯНАО «Ноябрьская ЦГБ»
- **Выпуск:** Том 14, № 1 (2020)
- **Страницы:** 19-25
- **Раздел:** Оригинальные статьи

Полная версия статьи на [сайте](#) журнала

online журнал

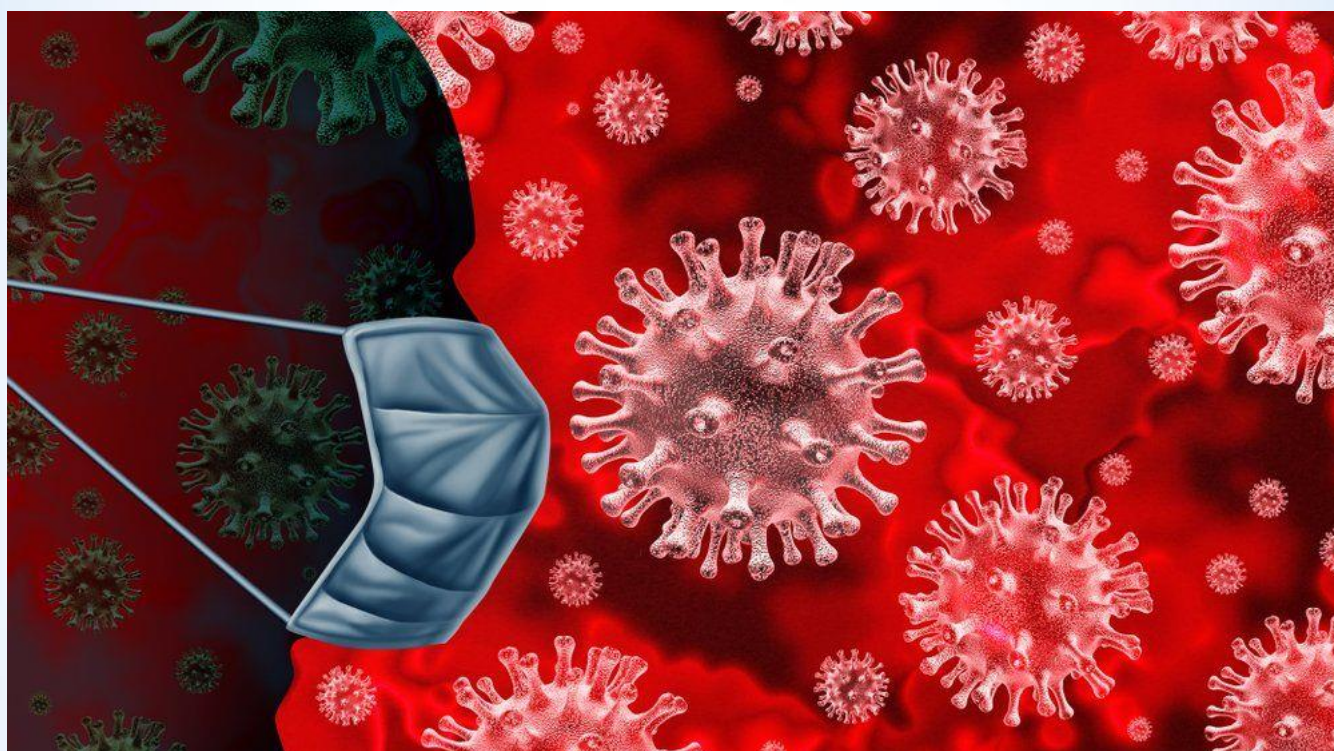
Вестник акушерской анестезиологии

online journal **Obstetric Anesthesia Digest**

№11(37)

2020

Ноябрь



Номер свидетельства — ЭЛ № ФС 77 - 75663

Дата регистрации — 26.04.2019

Статус свидетельства — Действующее

Наименование СМИ — «Вестник акушерской анестезиологии»

Форма распространения — Сетевое издание

Территория распространения — Российская Федерация,
зарубежные страны

Учредитель — Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов

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

Языки — русский, английский