



Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов
Obstetrical Anesthesiologists Intensivists Association

ISSN 2686-8032 (Online)

online журнал

Вестник акушерской анестезиологии №12 (50)
2021
online journal **Obstetric Anesthesia Digest** Декабрь





online журнал

Вестник акушерской анестезиологии

online journal **Obstetric Anesthesia Digest** №12 (50) 2021 Декабрь

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. Bayaliev, Prof. (Kazan, Russia)
T.E. Belokrinitskaya, Prof. (Chita, Russia)
S. I. Blauman, PhD (Omsk, Russia)
V.E. Radzinsky, Prof. (Moscow, Russia)
E.V. Roytman, Prof. (Moscow, Russia)
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 №12 (50)
2021
online journal **Obstetric Anesthesia Digest** Декабрь

С о д е р ж а н и е

Статья	Стр.
Послеродовое кровотечение: обновление клинических рекомендаций	4
Время от решения до выполнения экстренного кесарева сечения: обзор литературы и предложения по стандартизации	11
Дайджест публикаций	17

ПОСЛЕРОДОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ: ОБНОВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Введение

Весь 2021 год для медицинского сообщества России прошел под знаком обновления клинических и методических рекомендаций Минздрава РФ. Вышло в свет множество рекомендаций по профилю «акушерство и гинекология», которые так или иначе касаются акушерско-

анестезиологической помощи беременным, роженицам и родильницам.

В таблице № 1 представлены клинические рекомендации (КР), которые необходимо знать акушерскому анестезиологу при работе в учреждении родовспоможения.

Со всеми вышедшими обновлениями, вы можете ознакомиться на сайте [РОАГ](#), [АААР](#) и [МЗ РФ](#).

Таблица № 1. Обновленные клинические рекомендации

№ п/п	Клинические рекомендации (новые, действующие)	№ п/п	Клинические рекомендации (старые, отмененные)
5.	«Роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения» О82, О82.0, О82.1, О82.2, О82.8, О82.9, взрослые/дети (РОАГ, ААР, АААР), одобрены НПС Минздрава РФ 04.06.2021 г.	5.1.	«Кесарево сечение. Показания, методы обезболивания, хирургическая техника, антибиотикопрофилактика, ведение послеоперационного периода», утвержденные письмом Минздрава РФ № 15-4/10/2-3190 от 06.05.2014 г.
		5.2.	«Анестезия при операции кесарева сечения», утвержденные письмом Минздрава РФ № 15-4/10/2-7863 от 06.12.2018 г.
6.	«Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде» О10 (О10.0, О10.1, О10.2, О10.3, О10.4, О10.9), О11, О12 (О12.0, О12.1, О12.2), О13, О14 (О14.0, О14.1, О14.9), О15 (О15.0, О15.1, О15.2, О15.9), О16, взрослые/дети (РОАГ, ААР, АААР), одобрены НПС Минздрава РФ 04.06.2021 г.	6.1.	«Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия», утвержденные письмом Минздрава РФ № 15-4/10/2-7138 от 23.09.2013 г.
		6.2.	«Тромботическая микроангиопатия в акушерстве (информационное письмо)», утвержденные письмом Минздрава РФ № 15-4/1560-07 от 05.05.2017 г.
7.	«Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании (нормальные роды)» О80.0, взрослые/дети (РОАГ, ААР, АААР), одобрены НПС Минздрава РФ 04.06.2021 г.	7.1.	«Оказание медицинской помощи при одноплодных родах в затылочном предлежании (без осложнений) и в послеродовом периоде», утвержденные письмом Минздрава РФ № 15-4/10/2-3185 от 06.05.2014 г.
		7.2.	«Нейроаксиальные методы обезболивания родов», утвержденные письмом Минздрава РФ № 15-4/10/2-6914 от 23.10.2018 г.

10.	«Послеродовое кровотечение» О67; О72; 072.0; 072.1; 072.2; 072.3, взрослые/дети (РОАГ, ААР, АААР, МКП), одобрены НПС Минздрава РФ 19.11.2021 г.	10.	«Профилактика, лечение и алгоритм ведения при акушерских кровотечениях», утвержденные письмом Минздрава РФ № 15-4/10/2-3881 от 29.05.2014 г.
11.	«Венозные осложнения во время беременности и послеродовом периоде. Акушерская тромбоэмболия», О22; О87; О88, взрослые/дети (РОАГ, ААР, АААР), одобрены НПС Минздрава РФ 19.11.2021 г.	11.	«Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений в акушерстве и гинекологии», утвержденные письмом Минздрава РФ № 15-4/10/2-3792 от 27.05.2014 г.
20.	«Синдром гиперстимуляции яичников» N98.1, взрослые (РОАГ, РАРЧ, АААР), одобрены НПС Минздрава РФ 17.08.2021 г.	20.	«Синдром гиперстимуляции яичников: диагностика, лечение профилактика, интенсивная терапия», утвержденные письмом Минздрава РФ № 15-4/И/2-2506 от 25.03.2019 г.

Особое внимание стоит уделить одобренным МЗ РФ КР 19 ноября 2021 г. «Послеродовое кровотечение», «Венозные осложнения во время беременности и послеродовом периоде» и «Акушерская тромбоэмболия».

Обновление № 1

Первое обновление касается определения объема кровопотери не визуальным, а исключительно гравиметрическим способом с использованием различных технологий: от прямого взвешивания операционного материала до аппаратной реинфузии крови.

Мы уверены, что каждый из вас прочитает их, но хотим обсудить самые существенные обновления, которые необходимо запомнить и использовать в своей практике.

Это обновление является важным пунктом в КР, так как использование визуального определения объема кровопотери приводит к ее недооценке, и, как следствие, к несвоевременному и неадекватному лечению послеродового кровотечения (ПРК).

При послеродовом кровотечении для оценки дефицита объема циркулирующей крови рекомендовано проведение гравиметрического метода путем прямого сбора крови в градуированные емкости (мешки-коллекторы, цилиндры или Cell Saver) совместно со взвешиванием пропитанных кровью салфеток и операционного белья.

Применение градуированных емкостей (мешков-коллекторов, цилиндров или Cell Saver) является объективным инструментом, используемым для оценки объема потери крови с точностью 90%. Если есть возможность использовать градуированные емкости, то использовать визуальное определение кровопотери в дополнение к нему не имеет смысла, так оно как ведет к переоценке кровопотери и неадекватному лечению. Визуальное определение кровопотери недооценивает реальную кровопотерю, в среднем, на 30%; ошибка увеличивается с возрастанием объема кровопотери, поэтому следует ориентироваться на клинические симптомы и состояние пациентки.

Обновление № 2

Второе обновление касается определения объема циркулирующей крови (ОЦК) беременной. Ведь именно начальный расчет ОЦК беременной и дальнейшее определение объема кровопотери в процентах от ОЦК является основополагающим аспектом тактики ведения пациентки: объем инфузионной и трансфузионной терапии, в том числе и хирургической тактики.

В этой версии КР таблица № 1 показывает правильный расчет ОЦК у беременной, где вес в формуле берется не фактический, а до

беременности (или до 10 недель беременности), когда ОЦК составляет 85 -100 мл/кг. Учитывая зарубежные рекомендации и исследования, при отсутствии ожирения до беременности, целесообразно использовать расчет 100 мл/кг, при ожирении II-III степени до беременности целесообразно использовать при расчете ОЦК 85 мл/кг.

Также необходимо внедрить в рутинную практику стационаров при написании истории болезни одновременно с указанием объема кровопотери в мл, указывать объем кровопотери в % от ОЦК.

При оценке дефицита объема циркулирующей крови у женщин с послеродовым кровотечением рекомендовано уделять внимание оценке клинических симптомов гиповолемии. При физиологической беременности ОЦК в 3-м триместре увеличивается на 45% и составляет от 85 до 100 мл/кг.

Таблица № 1. Расчет объема кровопотери в процентах от ОЦК беременной при ПРК

Вес (кг)	ОЦК (мл)	15%	20%	30%	40%
50	5000	750	1000	1500	2000
60	6000	900	1200	1800	2400
70	7000	1050	1400	2100	2800
80	8000	1200	1600	2400	3200
90	9000	1350	1800	2700	3600
100	10 000	1500	2000	3000	4000

Формула для расчета ОЦК от веса пациентки:

Вес (кг) до беременности (или до 10 недель беременности) x 100 мл = ОЦК (мл)

Обновление № 3

Следующее обновление посвящено применению прикроватных вязкоэластичных тестов ТЭГ/РОТЭМ в качестве интегральной оценки системы гемостаза и определению тактики трансфузионной терапии. Несомненно, применение ТЭГ/РОТЭМ снижает использование СЗП в несколько раз, уменьшая при этом риски осложнений, связанных с трансфузией.

Кратность оценки системы гемостаза с ТЭГ/РОТЭМ остается дискуссионным вопросом, однако не вызывает сомнения то, что

первый анализ должен быть выполнен при продолжающемся кровотечении более 15-20% от ОЦК и после остановки кровотечения. Во время кровотечения оптимальным интервалом является оценка ТЭГ/РОТЭМ на каждые 500 мл кровопотери. Это еще раз подчеркивает необходимость оценки объема кровопотери не в конце операции, а на всем ее протяжении.

Разработана коллективом авторов таблица (№ 2) оценки системы гемостаза с использованием ТЭГ/РОТЭМ и дальнейшей тактики трансфузионной терапии при продолжающемся кровотечении.

Таблица № 2. Диагностика и коррекция коагулопатии во время патологического и массивного акушерского кровотечения при помощи РОТЭМ/ТЭГ

ТЭГ с коагином	РОТЭМ	Причина коагулопатии	Коррекция коагулопатии
R >8 мин	EXTEM CT >70 сек	Снижение уровня факторов коагуляции (свертывания)	СЗП 12-15 мл/кг
R >10 мин	EXTEM CT >100 сек	Сильное снижение уровня факторов коагуляции (свертывания)	КПК 20 МЕ/кг СЗП 20-30 мл/кг (рассмотреть введение #эптакога альфа (активированного)** 90-110 мкг/кг
MA <45 мм и FF MA ≥ 15 мм	EXTEM MCF < 45 мм и FIBTEM ≥ 12	Снижение функционального уровня тромбоцитов (тромбоцитопения/тромбоцитопатия)	Концентрат тромбоцитов 1 доза на 10 кг (рассмотреть вопрос о введении #эптакога альфа (активированного)**)
FF MA <15 мм	FIBTEM A5 <12 мм	Снижение уровня фибриногена	Криопреципитат 10 доз
LY30 <85%	EXTEM ML >15%	Гиперфибринолиз	Транексамовая кислота** 15 мг/кг 10 минут
После проведения коррекции нарушений гемостаза компонентами крови и факторами свертывания необходимо провести повторный анализ ТЭГ/РОТЭМ для оценки необходимости проведения дальнейшей терапии.			

При послеродовом кровотечении, при наличии возможности, рекомендовано проведение вязкоэластических тестов (тромбоэластографии (ТЭГ) или ротационной тромбоэластометрии (РОТЭМ) для ранней диагностики коагулопатий и подбора трансфузионной терапии до получения результатов коагулограммы (МНО, АЧТВ, ПТВ, уровень фибриногена).

При послеродовых кровотечениях не всегда развивается коагулопатия и возникает потребность в проведении трансфузионной терапии. Экспресс-оценка состояния свертывающей системы крови, осуществляемая с помощью ТЭГ и РОТЭМ, позволяет выбрать правильную тактику инфузионно-трансфузионной терапии и обосновать введение свежзамороженной плазмы (СЗП), криопреципитата или концентрата тромбоцитов, или, наоборот, доказать необоснованность переливания того или иного компонента крови. Исследования показали, что при использовании ТЭГ и РОТЭМ было значительно меньше переливаний компонентов крови и ассоциированных с этим осложнений.

Обновление № 4

Вместе со всеми лабораторными показателями особое внимание уделяется оценке кислотно-основного состояния (КОС), включая электролитный состав крови.

Это важный элемент в лабораторном контроле при массивном ПРК, ведь кальций является одним из главных элементов системы гемостаза, и его снижение зачастую приводит к коагулопатии и увеличению объема кровопотери. Клиническая практика показывает, что большая часть ПРК сопровождается его снижением.

Нарушение КОС в сторону ацидоза приводит к усилению артериальной гипотонии и метаболическим нарушениям, которые могут стать одной из причин развития синдрома полиорганной недостаточности. Конечно, необходимо помнить, что артериальная гипотония сама по себе является причиной образования лактата и ацидоза. Поэтому после коррекции гипотонии и сохраняющемся ацидозе необходимо проводить медикаментозную коррекцию последнего.

При проведении интенсивной терапии массивной кровопотери и анестезиологического пособия рекомендовано исследование кислотно-основного состояния и газов крови, уровня общего кальция в крови и анализ крови биохимический общетерапевтический для оценки тяжести геморрагического шока и коррекции водно-электролитных нарушений.

Обновление № 5

Вопрос о необходимости катетеризации центральной вены при массивном ПРК долгое время остается дискуссионным. Однако, учитывая серьезные осложнения при катетеризации центральной вены без использования ультразвуковой визуализации и, как показывает практика, если есть возможность установить два периферических катетера 14-16G, этого вполне достаточно для проведения массивной инфузионной или трансфузионной терапии.

Единственным показанием для катетеризации центральной вены было и остается отсутствие технической возможности

катетеризации двух периферических вен катетером должного диаметра и длительное использование вазоактивных препаратов в послеоперационном периоде.

С другой стороны, учитывая современные тенденции и профессиональный стандарт врача анестезиолога-реаниматолога, в случае необходимости, специалист должен уметь катетеризировать центральную вену с использованием ультразвуковой визуализации, что снижает риск возникновения осложнений.

Рутинная катетеризация центральной вены только потому, что возникло массивное ПРК, не рекомендуется.

Рекомендовано подготовить оборудование и условия для проведения быстрой внутривенной инфузии родильницам с послеродовым кровотечением. Венозный доступ необходимо обеспечить путем катетеризации двух периферических вен венозными катетерами размерами 14-16G. Венозный катетер 14G используется в случаях установки его в плановом порядке во время родов или кесарева сечения. В случае возникновения кровотечения необходимо установить венозный катетер 16G. Показанием к установке центрального венозного катетера является невозможность катетеризации двух периферических вен катетерами большого диаметра. Доступом выбора рекомендуется считать правую внутреннюю яремную вену. Пациентке необходимо обеспечить согревание и придать горизонтальное положение с поднятым ножным концом операционного стола (кровати).

Обновление № 6

Еще одним современным нововведением является внедрение в клиническую практику оценки волемического статуса роженицы при ПРК с использованием инвазивных или неинвазивных методов. От простого теста с пассивным поднятием нижних конечностей для косвенной оценки прироста сердечного выброса или ударного объема до использования Эхо-КГ и УЗИ НПВ в оценке волемического статуса.

Всегда нужно помнить, что инфузионный раствор – это тоже препарат, у которого есть показания, противопоказания и осложнения при его передозировке. Именно последнее довольно часто является причиной дилуционной коагулопатии. Рестриктивная инфузионная терапия с одновременным введением вазоактивных препаратов на самом раннем этапе терапии ПРК является оптимальным методом профилактики дилуционной коагулопатии.

Не рекомендована катетеризация центральных вен для выбора объема инфузионной терапии и оптимизации преднагрузки при тяжелом кровотечении - вместо них рекомендуется рассмотреть динамическую оценку ответа на введение жидкости и неинвазивное исследование сердечного выброса.

Инфузионную терапию предполагаемого дефицита объема циркулирующей крови рекомендовано проводить при наличии возможности мониторинга параметров центральной гемодинамики инвазивным способом (сердечный выброс, сердечный индекс, ударный объем, общее периферическое сосудистое сопротивление) или неинвазивным способом с использованием Эхо-КГ, диаметра коллабироваия НПВ и теста с пассивным поднятием нижних конечностей.

Обновление № 7

Именно опасность дилуционной коагулопатии привела к появлению в новых КР отдельной рекомендации по выбору объема и тактики инфузионно-трансфузионной терапии. Рекомендованное соотношение инфузионно-

трансфузионной терапии к объему кровопотери должно составлять или быть около 1:1. При таком соотношении риск «разведения» и «перегрузки» инфузионной терапии будет минимальный.

При проведении инфузионной терапии необходимо придерживаться ограничительной стратегии. При развитии послеродового кровотечения с нестабильной гемодинамикой или более 1000 мл необходимо начать проведение инфузионной терапии теплыми растворами кристаллоидов (АТХ: растворы, влияющие на водно-электролитный баланс) до 2000 мл, если артериальная гипотония сохраняется, то необходимо продолжить проведение инфузионной терапии 1500 мл кристаллоидов (АТХ: растворы, влияющие на водно-электролитный баланс) или коллоидов (АТХ: кровезаменители и препараты плазмы крови) до 30 мл/кг. Рекомендованное соотношение инфузионно-трансфузионной терапии к объему кровопотери составляет 1:1. Превышение соотношения объема кровопотери к объему инфузионной терапии приводит к развитию выраженной дилуционной коагулопатии и усилению кровотечения.

Обновление № 8

Еще одним немаловажным обновлением является необходимость транспортировки пациентки при ПРК >1000 мл из родовой в операционную. Это, казалось бы, логичное

решение иногда происходит с задержкой, что приводит к неполному и несвоевременному оказанию необходимой помощи при ПРК.

В ситуации, когда объем кровопотери после родов через естественные родовые пути достиг 1000 мл и кровотечение продолжается и/или имеется клиника шока, рекомендуется незамедлительно доставить пациентку в операционную и все дальнейшие лечебные мероприятия проводить там.

Это были основные и важные обновления новых клинических рекомендаций МЗ РФ по терапии «Послеродового кровотечения». В следующем номере мы обсудим изменения в рекомендациях «Венозные осложнения во время беременности и родов». До встречи в новом году!



Фраксипарин

надропарин кальция

Антикоагулянт, на который вы можете положиться

- **Фраксипарин – единственный** НМГ, достоверно снижающий смертность у оперированных пациентов^{1,2}
- **Фраксипарин – единственный** НМГ, достоверно снижающий риск тромбоза глубоких вен* по сравнению с гепарином³
- **Фраксипарин – сопоставимый** риск развития кровотечений по сравнению с НФГ⁴
- **Фраксипарин имеет сравнимую эффективность и меньший риск** кровотечений, чем эноксапарин^{#,5,6}
- **Фраксипарин** (кальциевая соль надропарина) переносится[§] лучше эноксапарина натрия⁷

* Бессимптомные ТГВ; # В исследовании принимали участие пациенты с колоректальным раком; § Локальная переносимость

1. Geerts W. et al. Prevention of Venous Thromboembolism: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition) Chest 2008; 133: 381-453. 2. Franco Piovella and Marisa Barone. Clinical Experience of Nadroparin in Patients with Cancer. European Oncological Disease. Volume 4 issue 1, 2008; 3. Mismetti P et al. Meta analysis of low molecular weight heparin in the prevention of venous thromboembolism in general surgery. Br J Surg. 2001; 88: 913-30; 4. European Fraxiparine Study Group. Comparison of a LMWH and UFH for the prevention of deep venous thrombosis in patients undergoing abdominal surgery. The EFS Group. Br J Surg. 1988; 75: 1058-63; 5. Simonneau G et al. A randomized study comparing the efficacy and safety of nadroparin 2850 IU (0.3 ml) vs. enoxaparin 4000 IU (40 mg) in the prevention of venous thromboembolism after colorectal surgery for cancer. Journal of Thrombosis and Haemostasis, 2006(4): 1693-1700; 6. Сравнение эффективности в отношении ВТЭО между Фраксипарином и эноксапарином в данном исследовании статистически не подкреплено, однако эноксапарин не доказал преимуществ перед Фраксипарином; 7. Albanese C et al. Comparison

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ФРАКСИПАРИН, раствор для подкожного введения, 9500 МЕ анти-Ха/мл. МНН: Надропарин кальция. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ: Профилактика тромбозов и тромбоэмболий: при общехирургических и ортопедических вмешательствах; у пациентов с высоким риском тромбообразования (при острой дыхательной и/или респираторной инфекции, и/или сердечной недостаточности), находящихся на постельном режиме в связи с острой терапевтической патологией или госпитализированных в отделение реанимации или интенсивной терапии. Лечение тромбозов и тромбоэмболий: при тромбозах глубоких вен нижних конечностей. ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ: При общехирургических вмешательствах: рекомендованная доза Фраксипарина составляет 0,3 мл (2850 анти-Ха МЕ) подкожно за 2 - 4 часа до операции, затем 1 раз в день в течение всего периода риска тромбообразования (но не менее 7 дней). При ортопедических вмешательствах: дозировка в зависимости от массы тела пациента. Начальная доза назначается за 12 ч до операции, 2-ая доза - через 12 ч после завершения операции. Далее до 3-его дня после операции 1 раз в сутки: до 50 кг - 0,2 мл, 50 - 69 кг - 0,3 мл, более 70 кг - 0,4 мл; с 4 дня: до 50 кг - 0,3 мл, 50 - 69 кг - 0,4 мл, более 70 кг - 0,6 мл, подкожно. Минимальный срок терапии составляет 10 дней. Пациенты с высоким риском тромбообразования, находящиеся на постельном режиме в связи с острой терапевтической патологией или госпитализированные в отделение реанимации или интенсивной терапии: Фраксипарин назначается подкожно 1 раз в сутки. Доза зависит от массы тела (до 70 кг - 0,4 мл, более 70 кг - 0,6 мл). Фраксипарин применяют в течение всего периода риска тромбообразования. ЛЕЧЕНИЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ: Фраксипарин назначают подкожно 2 раза в день (каждые 12 часов) в течение 10 дней. Доза зависит от массы тела пациента (из расчета 86 анти-Ха МЕ/кг массы тела). ПРОФИЛАКТИКА СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ В СИСТЕМЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО КРОВОООБРАЩЕНИЯ ПРИ ГЕМОДИАЛИЗЕ: Доза Фраксипарина должна быть установлена для каждого пациента индивидуально с учетом технических условий диализа и веса пациента (до 50 кг - 0,3 мл, до 69 кг - 0,4 мл, 70 кг и более - 0,6 мл). Фраксипарин вводится однократно в артериальную линию петли диализа в начале каждого сеанса. В случае, если сеанс диализа продолжается дольше 4 часов, Фраксипарин может быть введен дополнительно в меньших дозах. У пациентов с повышенным риском кровотечения рекомендовано применять половинную дозу препарата для проведения диализа. ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ: Очень часто - кровотечение (чаще всего выявлялись у пациентов с другими факторами риска), гематомы в месте инъекции. Часто - повышение активности «печеночных» трансаминаз, как правило, транзиторное. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: повышенная чувствительность к надропарину или любому другому компоненту препарата; наличие в анамнезе тяжелой гепарин-индуцированной тромбоцитопении (ГИТ) II типа, вызванной применением нефракционированного или низкомолекулярного гепарина, или любой тромбоцитопении, вызванной применением надропарина; тромбоцитопения в сочетании с положительным тестом на антиромбоцитарные антитела in vitro в присутствии надропарина кальция; признаки кровотечения или повышенный риск кровотечения, связанных с нарушением гемостаза, за исключением ДВС-синдрома, не вызванного гепарином; органические поражения органов со склонностью к кровоточивости (например, острая язва желудка или двенадцатиперстной кишки); внутримозговое кровоизлияние; острый инфекционный эндокардит; тяжелая почечная недостаточность (клиренс креатинина менее 30 мл/мин) у пациентов, получающих Фраксипарин с целью лечения тромбозов и венозных тромбозов, нестабильной стенокардии и инфаркта миокарда без зубца Q; травмы или оперативные вмешательства на головном и спинном мозге или на глазах; местная и регионарная анестезия при плановой хирургии у пациентов, получающих Фраксипарин с целью лечения тромбозов и тромбоэмболий легочной артерии, тромбоза глубоких вен, нестабильной стенокардии и инфаркта миокарда без зубца Q. С ОСТОРОЖНОСТЬЮ: при заболеваниях с повышенным риском кровотечения, в т.ч. в анамнезе, при комбинации с препаратами, усиливающими риск кровотечения, при тяжелой артериальной гипертензии и др. заболеваниях - полностью см. Инструкцию по медицинскому применению препарата. ПРИМЕНЕНИЕ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ И ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ, ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ, ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ: см. Инструкцию по медицинскому применению препарата. УСЛОВИЯ ОТПУСКА: по рецепту. РЕГИСТРАЦИОННОЕ УДОСТОВЕРЕНИЕ: П N015872/01. ДЕРЖАТЕЛЬ РЕГИСТРАЦИОННОГО УДОСТОВЕРЕНИЯ: Аспен Фарма Трейдинг Лимитед. 3016 Лейк Драйв, Стивест Бизнес Кампус, Дублин 24, Ирландия. ДАТА ОБНОВЛЕНИЯ: май 2019. ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ.

ВРЕМЯ ОТ РЕШЕНИЯ ДО ВЫПОЛНЕНИЯ ЭКСТРЕННОГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО СТАНДАРТИЗАЦИИ

Введение

Интервал времени между принятием решения о проведении операции кесарева сечения и родоразрешением — это широко используемый показатель эффективности экстренного или неотложного кесарева сечения в акушерстве. Большинство исследований и обсуждений сосредоточено на максимально допустимом интервале времени от принятия решения об операции кесарева сечения и родоразрешением, чтобы обеспечить хорошие результаты для матери и ребенка, и стратегиях по его сокращению в отдельных клинических случаях.

Национальный институт здравоохранения и качества ухода в Великобритании (NICE) рекомендует выполнять кесарево сечение I категории срочности *«как можно быстрее и в большинстве случаев в течение 30 минут после принятия решения»*. Напротив, 8-е издание Стандартов акушерских услуг Американского колледжа акушеров и гинекологов говорит, что *«акушерская служба должна быть укомплектована персоналом и оборудована для оказания экстренной помощи и возможности начать кесарево сечение в течение 30 минут («решение-разрез»)*. Однако в этих рекомендациях не указывается конкретно, что такое термины «решение», «разрез» или «родоразрешение», или какие интервалы следует использовать для определения данных временных точек. Целью нашего обзора было изучить, как термины «решение», «родоразрешение» и «разрез» были определены в опубликованных исследованиях за последние четыре десятилетия и обсудить, как это может повлиять на эффективность «интервала времени от принятия решения до

родоразрешения» и «интервал времени от принятия решения до разреза».

Клинические рекомендации РФ «Роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения» 2021 год

В этом году были еще раз обновлены рекомендации МЗ РФ, касающиеся операции кесарева сечения и анестезии. Важным элементом этих рекомендаций, как и в предыдущей версии, является паспорт операции кесарева сечения, где указано, что любая операция должна быть определена согласно категории срочности.

Категории срочности кесарева сечения (КС):

I категория — в экстренной форме - при угрозе жизни женщины или плода (должно проводиться максимально быстро, насколько это возможно, но не позднее 30 мин от постановки диагноза до оперативного родоразрешения при нахождении пациентки в стационаре);

II категория — в неотложной форме — без явных признаков угрозы жизни, при наличии осложнений у матери или плода, которые требуют неотложного родоразрешения;

III категория — в плановой форме - время родоразрешения определяется в соответствии с оптимальным временем родоразрешения для женщины и плода.

Как и зарубежные рекомендации, I категория срочности подразумевает выполнение операции кесарева сечения не позднее 30 минут после принятия решения о родоразрешении.

В зависимости от этого интервала времени, метод анестезии тоже может варьировать.

Поиск данных

Авторы статьи *May RL, Clayton MA, Richardson AL, Kinsella SM, Khalil A, Lucas DN. Defining the decision-to-delivery interval at caesarean section: narrative literature review and proposal for standardization. Anaesthesia. 2022 Jan;77(1):96-104* проанализировали литературу на английском языке, опубликованную в период с января 1980 года по март 2019 года. После удаления дубликатов авторы проверили результаты и дополнительно исключили тезисы конференций, обзоры, метаанализы, редакционные статьи, письма, клинические случаи и статьи, не относящиеся к теме. Так же были исключены статьи, посвященные интервалу принятия решения о родоразрешении для вагинальных родов с использованием щипцов или вакуума.

Обсуждение полученных данных

Хотя интервал времени между принятием решения о родоразрешении и интервал времени между принятием решения о проведении разреза широко используются в медицинских исследованиях для оценки эффективности, в опубликованной литературе нет согласованного определения для любого из терминов. В частности, существуют различные интерпретации того, когда происходит «принятие решения»: от времени, когда акушер-гинеколог документирует решение, до момента, когда вся бригада предупреждена, или до того момента, когда пациентка готова к началу операции. Конечная точка интервала времени принятия решения о родоразрешении и интервала времени принятия решения до разреза также не определяется согласованно. Родоразрешение, вероятно, будет моментом времени, который может быть истолкован, как минимум, неверно. Однако это не тот случай, когда описывается разрез, поскольку он может

относиться либо к разрезу кожи, либо к разрезу матки; в большинстве исследований эти временные точки вообще не определялись.

Текущий недостаток последовательности и точности в определении интервала принятия решения до родоразрешения и интервала между принятием решения до разреза имеет множество последствий. На уровне отдельной больницы отсутствие последовательного определения может поставить под угрозу коммуникацию в многопрофильной команде, поскольку разные члены команды по-разному понимают, когда было принято решение. Например, акушер-гинеколог может воспринимать это как время, когда они проинформировали пациентку, а анестезиолог-реаниматолог рассматривает это как время, когда они узнали об этом. Недавний отчет Королевского колледжа акушеров и гинекологов «Каждый ребенок на счету» на тему анестезиологического обеспечения операции кесарева сечения содержал множество примеров, когда общение между акушером-гинекологом и анестезиологом-реаниматологом при кесаревом сечении I и II категории срочности было неадекватным. Кроме того, это потенциально ставит под сомнение результаты исследований, в которых интервал принятия решения о родоразрешении или интервал между принятием решения о проведении разреза используется в качестве первичного или вторичного показателя эффективности. Существуют также потенциальные судебно-медицинские последствия, связанные с отсутствием стандартизированного определения, учитывая, что время от принятия решения до родоразрешения скомпрометированного плода является частой проблемой в случаях медицинской халатности. Недавно обновленное руководство NICE по проведению кесарева сечения рекомендует, чтобы кесарево сечение I категории срочности «*проводилось, как можно быстрее и в большинстве ситуаций в течение 30 минут после принятия решения*».

В пересмотренных рекомендациях Национального института здравоохранения и качества ухода (NICE) подчеркивается важность точности при общении и оценки интервала времени при кесаревом сечении I и II категории срочности.

В опубликованных исследованиях мы обнаружили, что интервал времени между принятием решения о родоразрешении и интервал времени между принятием решения о проведении разреза преимущественно рассматриваются, как один отрезок времени без учета различных этапов подготовки к принятию решения в начальной и конечной точках. Подготовка роженицы к кесареву сечению - сложная мультидисциплинарная задача, состоящая из множества этапов, которые можно разделить на несколько отдельных периодов (рис. 1). Факторы, влияющие на каждый из них, следует учитывать при оценке интервала между принятием решения о родоразрешении или интервалом между принятием решения о проведении КС и разрезом. Из исследований, в которых рассматривались дискретные временные интервалы в пределах этих периодов, большинство оценивали интервалы

времени, связанные с решением и поступлением пациентки в операционную (время подготовки или перевода), прибытием в операционную до времени разреза (считается время анестезии) и от разреза до родоразрешения (время операции), хотя нет единообразия в том, как эти временные интервалы измеряются и записываются. Более прозрачная оценка интервала времени между принятием решения о родоразрешении или интервалом времени между принятием решения о проведении разреза могла бы эффективнее способствовать повышению качества оказания медицинской помощи. Некоторые из составляющих периодов подготовки к родоразрешению, либо интервала времени принятия решения до родоразрешения, либо интервала времени принятия решения до разреза могут быть улучшены, например, может быть легче улучшить процесс транспортировки в операционную, чем такие факторы, как ожирение или кесарево сечение в анамнезе, которые могут быть связаны с более длительным временем от разреза кожи до извлечения плода.

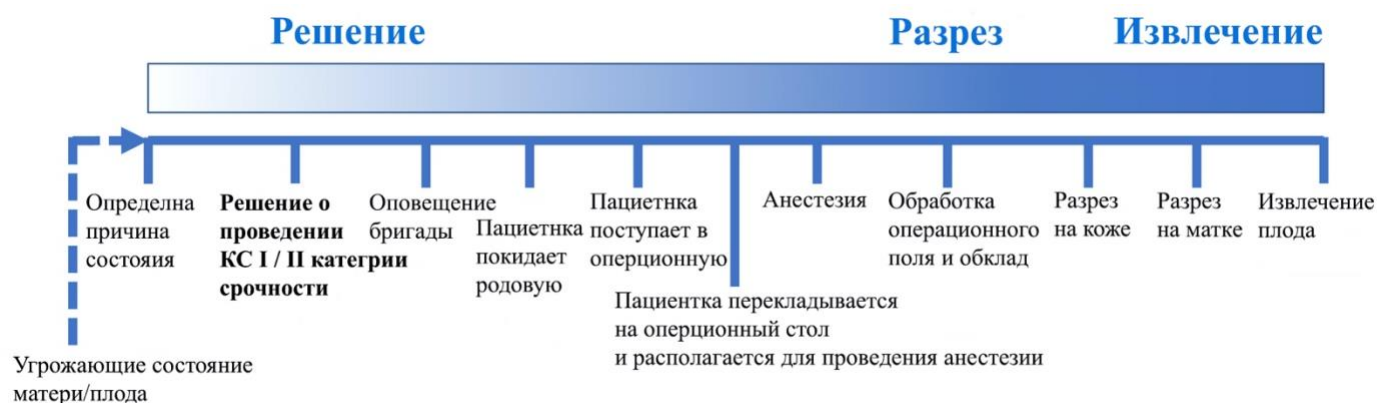


Рисунок 1. Этапы подготовки роженицы к кесареву сечению

Анализ литературы выявил несколько документов, касающихся экстренного кесарева сечения при выпадении петель пуповины, разрыва матки или стойкой брадикардии плода, где термин «от диагноза до родов» использовался вместо интервала времени от принятия решения до родоразрешения. В этих случаях выпадение петель пуповины или начало брадикардии часто использовались, как «время диагностики», хотя решение о проведении кесарева сечения было принято через несколько минут после начала брадикардии. Таким образом, возможно, это не точное представление о времени «принятия решения», и учреждения, использующие интервал времени от диагностики до родоразрешения, могут иметь более низкие показатели соблюдения 30-минутного стандарта времени. Однако эти клинические ситуации являются четко определенными временными точками, которые могут быть универсально идентифицированы среди рожениц при непрерывном кардиотокографическом мониторинге.

Нечасто рассматриваемый аспект интервала времени между принятием решения до родоразрешения или интервалом времени между принятием решения до разреза - чье это «решение»? Под этим понятием обычно подразумевается клиническое решение врача, но не подразумевается необходимое согласие и решение пациентки. В этом отношении «решение», по сути, является клиническим советом, на основе которого роженица может формировать свое мнение о доступных вариантах родоразрешения. Если роженица, которая считается дееспособной, отказывается от родоразрешения или кесарева сечения, даже после полной консультации и объяснения последствий для нее и плода, ее пожелания должны быть соблюдены. Вероятны ситуации, когда состояние роженицы или ребенка ухудшается, и рекомендуется экстренное кесарево сечение, чтобы обеспечить необходимый результат для обоих. Однако

нельзя предполагать, что роженица сразу даст свое согласие.

Последнее, что необходимо обсудить, — это вопрос об интервале времени от принятия решения до родоразрешения при экстренных оперативных родах через естественные родовые пути; в этой области опубликовано относительно мало данных. Было показано, что на интервал времени влияет наличие дистресса плода, щипцы или вакуум и необходимость проведения анестезии, но еще одним осложняющим фактором может быть задержка времени, вызванная неспособностью родоразрешения через естественные родовые пути, с использованием вышеупомянутых методов, и необходимостью проведения кесарева сечения. В отчете «Каждый ребенок на счету» задержка начала анестезии при экстренных оперативных родах через естественные родовые пути определяется как фактор риска неблагоприятного исхода для новорожденного, и рекомендуется использовать стандартную классификацию экстренного кесарева сечения для всех оперативных родов, чтобы облегчить общение между акушером-гинекологом и анестезиологом-реаниматологом.

Согласованное определение либо для интервала времени принятия решения до родоразрешения, либо для интервала времени от принятия решения до разреза со стандартизованными временными интервалами компонентов, которое учитывает междисциплинарный подход, необходимый для быстрого родоразрешения, имеет несколько потенциальных преимуществ. Это позволит напрямую сравнивать клиническую практику и результаты исследований и внести ясность в отношении коммуникации в клинической практике.

Интервал между моментом, когда акушер-гинеколог принимает решение о том, что кесарево сечение является наиболее подходящим способом родоразрешения, и временем, когда плод (или первый плод в случае многоплодия) родится. Для

эффективного аудита клинических ситуаций, это решение следует дополнительно разделить на следующие временные интервалы:

- от принятия решения о родоразрешении до момента прибытия роженицы в операционную (время перевода);
- от прибытия роженицы в операционную до момента готовности к анестезии (время анестезии);
- от начала анестезии до разреза кожи;
- от разреза кожи до рождения первого плода (время родоразрешения).

ООО «Хирана+»

Российский производитель современных аппаратов ИВЛ и наркозно-дыхательного оборудования

Производство наркозных аппаратов и аппаратов ИВЛ компании ООО «Хирана+» расположено в особой экономической зоне «Технополис Москва». Компания оказывает услуги по обслуживанию и ремонту медоборудования. Проводит обучение врачей-специалистов, работающих на аппаратах производства Chirana



**Аппарат ИВЛ
Chirolog SV Basic**



**Аппарат ИВЛ
Chirolog SV AURA Profi**



**Высокочастотный
аппарат ИВЛ
Paravent PAT**



**Аппарат ИВЛ
Chirolog SV Profi (Zabka)**



**Наркозно-
дыхательный аппарат
VENAR Omega**



**VentiSim – симулятор
дыхания лёгких для
обучения реаниматологов**



**Комплектующие
и расходные
материалы**

В современных аппаратах ИВЛ CHIRANA+ реализована уникальная технология многоуровневой вентиляции легких.

«Использование многоуровневой ИВЛ улучшает результаты лечения пациентов как с обструктивными так и с рестриктивными заболеваниями легких, приводящих к дыхательной недостаточности»

Профессор Павол Торок (Pavol Török), Словакия

тел.: 8-800-600-53-83

e-mail: info@chirana.plus, сайт: www.chirana.plus

ДАЙДЖЕСТ ПУБЛИКАЦИЙ

euro
anaes
thesia
2021

Поздравляем коллег из Перинатального центра г. Видное с публикацией трех докладов на прошедшем в этом году виртуальном съезде Европейского общества анестезиологов.

6541

Efficacy of volumetric preoperative autoplasmia donation in the surgical treatment of PAS-disorders

Plakhotina E.¹, Kuzovlev A.², Belousova T.¹, Kulikov I.¹, Pavlyutina K.¹

¹Vidnovsky Perinatal Centre - Vidnoe Moscow reg (Russia), ²V. A. Negovsky Research Institute of General Reanimatology, Federal Research and Clinical Center of Intensive Care Medicine and Rehabilitation - Moscow (Russia)

Background and Goal of Study: Blood loss during surgical treatment of placenta ingrowth varies from 500 to 20,000 ml. Up to 90% of patients need a blood transfusion. Given the high risk of transfusion complications, the search for safe methods of blood loss replenishment is necessary. The purpose of the study is to improve the treatment results of patients with PAS-disorders when performing organ-preserving surgeries and to determine the optimal volume of preoperative harvesting of autoplasmia.

Materials and Methods: 78 patients with the diagnosis of PAS-disorders were randomized into 3 groups. Group No. 1 - 23 patients, with preoperative harvesting of 500-1000 ml of autoplasmia. Group No. 2 - 36 patients, with 1500-2000 ml of autoplasmia harvested. Group No. 3 - 19 patients without autoplasmia preparation (control). Autoplasmia plasmapheresis was performed from 27 to 35 weeks of gestation by membrane plasmapheresis, with a break between sessions of at least 7 days. During one session 500 ml of autoplasmia was prepared. Analysis of blood loss volume, infusion-transfusion media, laboratory parameters, complications were performed. Reliability of the obtained results was reached due to sample volume calculation, distribution into groups by random number generation in Microsoft Office Excel program, mathematical treatment of the material by nonparametric methods; the significance level was assumed to be 0,05.

Results and Discussion: The studied groups were comparable in the volume of blood loss ($p=0,487$), which spread was 501 ml - 8002 ml. There were fewer donor plasma transfusions in group 2 compared with groups 1 and 3 ($p=0,016$, $p=0,0005$, respectively). There were no differences in donor hemotransfusions between groups №1 and №3 ($p=0,227$). Despite no differences in the volume of blood loss, reinfusion and transfusion of erythrocyte suspension, at discharge from the hospital the hemoglobin concentration, erythrocytes and hematocrit were lower in group №2 ($p<0,05$), which may be related to the accumulation of iron deficiency in the pregnant woman. One patient in group 3 (control) developed TRALI syndrome.

Conclusion: Preoperative preparation of autoplasmia in the volume of 1500 - 2000 ml prevents the use of donor plasma in 75% of cases and in the development of massive blood loss - in 43,8% of cases. Preoperative autologous plasma donation in pregnant women requires control of plasma iron levels and its correction.

6539

An express method for early diagnosis of pre-eclampsia

Plakhotina E.¹, Kuzovlev A.², Belousova T.¹, Kuzina N.¹, Bryancev E.¹, Byadovskaya I.¹

¹Vidnovsky Perinatal Centre - Vidnoe Moscow reg (Russia), ²V. A. Negovsky Research Institute of General Reanimatology, Federal Research and Clinical Center of Intensive Care Medicine and Rehabilitation - Moscow (Russia)

Background and Goal of Study: The aim of the study is to improve the diagnosis of asymptomatic pre-eclampsia (PE) and to exclude this complication in patients with gestational thrombocytopenia (GTP). PE is a life-threatening complication of pregnancy and requires prompt diagnosis and decision making for mother and fetus. However, diagnosis is difficult in the early development of this complication and the absence of standard symptoms such as increased BP, proteinuria more than 3 g/l, etc. The initial stage in the development of PE is incomplete invasion of the trophoblast into the uterine vessels and impaired remodeling of the spiral arteries. A consequence of this is syncytiotrophoblast (STB) ischemia, which progresses with the course of pregnancy. Ischemia leads to the release of increased amounts of STB microparticles, pro-inflammatory cytokines, reactive oxygen species, which damage the endothelium and activate placental neutrophils. Activation of neutrophils in turn triggers a chain of sequential reactions leading to the release of Neutrophil Extracellular Traps (NETs). Thus, calculation of NETs Level (NETL) may improve the early diagnosis of PE.

Materials and Methods: The relative number of NETs in peripheral blood smears in pregnant women in the second and third trimesters of pregnancy was investigated. A total of 119 patients were included in the study. The diagnosis of PE was made in 43 patients on the basis of clinical, instrumental, and laboratory data, 33 patients formed the GTP-group and the third group (control) consisted of 43 healthy pregnant women. The number of NETL and native neutrophils in the peripheral blood smear was counted according to the developed technique, followed by the calculation of NETL by the formula.

Results and Discussion: The NETL in the PE patient group was $15,2 \pm 9,95$ and was significantly higher than that in the GTP patient group, $8,5 \pm 4,76$ ($p=0,003$), and the control group, $8,7 \pm 4,01$ ($p=0,007$).

Conclusion: The NETL count may be an express method for early diagnosis of preeclampsia and exclusion of this diagnosis in patients with gestational thrombocytopenia.

6555

Thromboelastography as a safety criterion for regional anesthesia in patients with gestational thrombocytopenia

Plakhotina E.¹, Kuzovlev A.², Belousova T.¹, Kuzina N.¹

¹Vidnovsky Perinatal Centre - Vidnoe Moscow reg (Russia), ²V. A. Negovsky Research Institute of General Reanimatology, Federal Research and Clinical Center of Intensive Care Medicine and Rehabilitation - Moscow (Russia)

Background and Goal of Study: Gestational thrombocytopenia (GTP) is the most common type of thrombocytopenia during pregnancy. Unlike other types of thrombocytopenia, it is not accompanied by impaired cellular hemostasis function. Quantitative platelet reduction in GTP may be a contraindication for neuroaxial blocks, which significantly reduces the quality of care in childbirth. The aim of the study was to improve the quality of anesthetic care for patients with GTP during conservative and operative delivery.

Materials and Methods: The retrospective prospective study involved 70 patients delivered conservatively or operatively depending on obstetric indications. The patients were divided into two groups. The study group comprised 35 patients with GTP. The comparison group consisted of 35 patients with platelet concentrations above $150 \times 10^9/l$. Comparative intergroup analysis of the general blood count, coagulogram, and thromboelastography (TEG) scores with a functional fibrinogen test (FFT) was performed before delivery and 2 days after delivery. A comparative assessment of blood loss during labor and the early postpartum period and the risk of complications from neuroaxial blockade in patients with and without GTP was performed.

Results and Discussion: In GTP in the perinatal period there is no decrease in coagulation potential as assessed by coagulography and TEG with platelet levels above $49 \times 10^9/l$. The studied hemostasis parameters had no significant intergroup differences during pregnancy and labor. In the group of patients with GTP, the amount of blood loss in labor and the postpartum period did not differ from the group without thrombocytopenia regardless of the method of delivery. The median blood loss after natural delivery was 225 ml in the main group, 250 ml in the control group, and 572 ml and 386 ml for abdominal delivery, respectively. There were no complications of neuroaxial blockages in any of the groups in this study.

Conclusion: In patients with GTP, even when platelet concentrations fall below $50 \times 10^9/l$, it is possible to perform neuroaxial blocks in labor, taking into account the clinical picture and the absence of coagulation disorders confirmed by TEG with FFT.

Программированный интермиттирующий эпидуральный болюс (PIEB) для обезболивания самопроизвольных родов: влияние на акушерские и анестезиологические исходы (Проспективное одноцентровое рандомизированное контролируемое клиническое исследование)

Упрямова Е.Ю., Шифман Е.М., Краснопольский В.И., Овезов А.М. Программированный интермиттирующий эпидуральный болюс для обезболивания самопроизвольных родов: влияние на акушерские и анестезиологические исходы (результаты проспективного одноцентрового рандомизированного контролируемого клинического исследования). Российский вестник акушера-гинеколога. 2021;21(5):49-58

ISSN 1726-6122 (Print)
ISSN 2309-5148 (Online)

РОССИЙСКИЙ ВЕСТНИК АКУШЕРА – ГИНЕКОЛОГА

научно-практический журнал

Основан в 2001 г.



Выявление ВПЧ-инфицированных пациенток
перед планированием беременности

Диагностика и лечение как фактор риска развития
гинекологического рака

Установление оптимальных репродуктивных параметров
с факторизацией причинности по трем направлениям

МЕДИА СФЕРА

Полная версия статьи на [сайте](#) журнала



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Организация оказания медицинской помощи
беременным, роженицам, родильницам
и новорожденным при новой коронавирусной
инфекции COVID-19



Версия 5
(28.12.2021)

Полная версия статьи на [сайте МЗ РФ](#)

Белокриницкая Татьяна Евгеньевна — д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Дальневосточном федеральном округе, подготовила небольшое резюме этих рекомендаций.

В послеродовом периоде оптимальным противовирусным препаратом является фавипиравир, в условиях стационара для лечения пациентов с тяжелым и крайне тяжелым течением COVID-19 возможно использовать ремдесивир (в тч беременным с тяжелым или прогрессирующим течением заболевания по решению врачебной комиссии).

Ингибиторы рецепторов ИЛ-6

Было: применение у беременных возможно только в рамках клинических исследований.

Стало: при тяжелом или крайне тяжелом течении заболевания по жизненным показаниям тоцилизумаб off-label по решению врачебной комиссии.

В случае отсутствия тоцилизумаба - сарилумаб или двойная дозировка олокизумаба или левилимаба. К лечению добавлены моноклональные антитела, даны критерии их применения. Указано, что беременные и женщины в послеродовом периоде, имеющие хотя бы один фактор риска - это приоритетная группа 1 уровня.

Изменена тактика при тяжелом и крайне тяжелом течении COVID-19 до 12 нед гестации - вопрос о пролонгировании беременности решает консилиум врачей.

Добавлены показания к родоразрешению при тяжелых формах COVID-19.

- При сроке до 22 нед:
- Медицинские показания для прерывания беременности отсутствуют (за исключением неотложных акушерских ситуаций (кровотечение, разрыв матки и тд)
- Невозможность устранения гипоксии у матери на фоне проведения ИВЛ
- Рефрактерный септический шок
- Остановка сердечной деятельности у матери (мортальное КС)
- Некупируемый альвеолярный отек легкого.

Дополнительно

В сроке 28-33+6 нед

- Показания для проведения процедуры ЭКМО

В сроке 34-36+6 нед

- Потребность интубации трахеи и перевода пациентки на ИВЛ

В сроке 37 нед и более

- Потребность перевода на неинвазивную ИВЛ при отсутствии условий для родов per vias naturalis
- Потребность в интубации трахеи и перевода пациентки на ИВЛ.

Вакцинация Гам-КОВИД-Вак - с 22 нед., разрешён в период кормления грудью (взвесить риск-пользу). РЕКОМЕНДОВАНО в период подготовки к беременности и к ВРТ - 1-я доза за 28 дней



Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов
Obstetrical Anesthesiologists Intensivists Association

ISSN 2686-8032 (Online)

online журнал

Вестник акушерской анестезиологии

№12 (50)

2021

online journal Obstetric Anesthesia Digest **Декабрь**

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