

online журнал

Вестник акушерской анестезиологии

№2 (52)

2022

online journal **Obstetric Anesthesia Digest** Февраль





Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов
Obstetrical Anesthesiologists Intensivists Association

ISSN 2686-8032 (Online)

online журнал

Вестник акушерской анестезиологии

online journal **Obstetric Anesthesia Digest** **№2 (52) 2022** Февраль

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)

Иностранные члены редакционной коллегии: Г. П. Тихова (Петрозаводск, Россия)
К.Г. Шаповалов, проф. (Чита, Россия)
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. Schiffman, 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)

Foreign members of the Editorial board: G. P. Tikhova (Petrozavodsk, Russia)
K.G. Shapovalov, Prof. (Chita, Russia)
A. M. Ioscovich, Prof. (Jerusalem, Israel)
J. Punj, Prof. (New Delhi, India)
B. Tuyakov, PhD. (Poland)

Journal director: E.M. Schiffman, 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

№2 (52)

2022

online journal **Obstetric Anesthesia Digest** Февраль

С о д е р ж а н и е

Статья	Стр.
Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Обновления клинических рекомендаций	4
Выбор режима энтерального и парентерального питания у больных с тяжелым интраабдоминальным сепсисом	16
Дайджест публикаций	20
Вопросы от читателей в АААР	23

ПРЕЭКЛАМПСИЯ. ЭКЛАМПСИЯ. ОТЕКИ, ПРОТЕИНУРИЯ И ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, В РОДАХ И ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ. ОБНОВЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Введение

Мы продолжаем знакомить вас с обновленными клиническими рекомендациями и в этом номере «Вестника акушерской анестезиологии» (ВБА) мы разберем КР, посвященные преэклампсии (ПЭ). Тема очень актуальная, не только из-за увеличения частоты

летальных исходов в результате эклампсии в РФ, но и в связи с существенными и весьма дискуссионными нововведениями в КР, которые могут изменить клиническую практику.

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

Таблица № 1. Обновленные клинические рекомендации

«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.

Мы уверены, что вы уже ознакомились с ними самостоятельно, и поэтому хотим обсудить наиболее важные и дискуссионные обновления этих КР.

Обновление № 1

В самом начале рекомендаций мы встречаем таблицу 1, в которой показаны критерии степени тяжести ПЭ для дифференциальной диагностики умеренной ПЭ от тяжелой ПЭ.

Как и ранее, основным критерием является наличие артериальной гипертензии. Если систолическое артериальное давление (САД) ≥ 160 мм рт. ст. или диастолическое (ДАД) ≥ 110 мм рт. ст., сопровождается одним

из указанных в таблице критериев, пациентке ставится диагноз – тяжелая ПЭ.

Подход к диагностике тяжелой ПЭ на основании степени выраженности АГ и дополнительных критериев, не только протеинурии, используется и в зарубежной практике. Однако имеются отличия в критериях, которые указаны в таблице 1.

Первым дискуссионным критерием в данной таблице является пункт о «Задержке роста плода». В зарубежных рекомендациях (Франция, США, Великобритания) этот пункт не указан, как критерий тяжелой ПЭ. Да, при тяжелой ПЭ может быть задержка роста плода, но его использование в качестве критерия, является дискуссионным аспектом.

Таблица 1. Критерии степени тяжести ПЭ

Показатель	Умеренная ПЭ	Тяжелая ПЭ*
АГ (при мониторинге в течение 4-6 часов)	$\geq 140/90$ мм рт. ст., но $\leq 160/110$ мм рт. ст.	САД ≥ 160 мм рт. ст. или ДАД ≥ 110 мм рт. ст.
Протеинурия	$\geq 0,3$ г/сутки или $\geq 0,3$ г/л в 2-х порциях мочи, взятых с интервалом в 6 час, но <5 г/сутки или <3 г/л в 2-х порциях мочи, взятых с интервалом в 6 час.	≥ 5 г/сутки или ≥ 3 г/л в 2-х порциях мочи, взятых с интервалом в 6 час.
Неврологические (церебральные) симптомы: головная боль, нарушение зрения, отек зрительного нерва и др.	-	+/-
Диспептические расстройства: тошнота, рвота	-	+/-
Боли в эпигастрии или в правом верхнем квадранте	-	+/-
Олигурия <500 мл/сутки (<30 мл/ч)	-	+/-
Задержка роста плода	-	+/-
Аntenатальная гибель плода	-	+/-
Отек легких/ цианоз	-	+/-
Генерализованные отеки (особенно внезапно появившиеся)	-	+/-
Повышение АЛТ, АСТ в крови ≥ 40 МЕ/л	-	+/-
Тромбоцитопения $<50\ 000$ /мкл	-	+/-
Гемолиз в периферической крови	-	+/-
Повышение уровня креатинина в крови ≥ 90 мкмоль/л	-	+/-
HELLP-синдром	-	+/-

Вторым моментом в таблице тяжелых критериев является повышение печеночных ферментов АСТ/АЛТ >40 МЕ/л. Да, повышение печеночных ферментов является критерием как тяжелой ПЭ, так и HELLP-синдрома. Однако степень повышения, указанная в зарубежных рекомендациях, обычно составляет более двух норм от верхней границы референсных показателей, которые используются при лабораторном анализе.

Тромбоцитопения $<50\ 000$ /мкл также является спорным моментом. Все зарубежные рекомендации единодушны в том, что тромбоцитопения $<100\ 000$ /мкл является признаком тяжелой ПЭ. Стоит отметить, что в самом тексте КР, в комментариях, при обсуждении показания к родоразрешению при тяжелой ПЭ фигурирует число тромбоцитов менее $100\ 000$ /мкл. Целесообразно брать именно это значение для принятия решения о

родоразрешении при тяжелой ПЭ и, конечно же, необходимо повторять клинический анализ крови каждые 4-6 часов, так как при тяжелой ПЭ довольно часто наблюдается прогрессивное снижение количества тромбоцитов.

Обновление № 2

В новых рекомендациях, как и в предыдущей версии КР, еще раз делается акцент на том, что не рекомендовано назначение магния сульфата при умеренной ПЭ.

Обновление № 3

Гораздо более дискуссионным аспектом текущих КР является тактика родоразрешения при тяжелой ПЭ. В предыдущих рекомендациях при развитии тяжелой ПЭ на любом сроке беременности тактика была едина: родоразрешение после стабилизации состояния в течение 6-24 часов после постановки диагноза.

В новых КР дословно: *«При тяжелой ПЭ рекомендована следующая тактика ведения беременности в зависимости от срока беременности:*

- 22-24 недели – прекращение жизнеугрожающей беременности или при отсутствии жизнеугрожающей ситуации – родоразрешение через естественные родовые пути;
- 25-33 недели – пролонгирование беременности при отсутствии неконтролируемой АД, прогрессирования органной дисфункции у матери, дистресс-синдрома плода, профилактика РДС плода, КС – по акушерским показаниям;
- ≥ 34 недель - лечение, подготовка, родоразрешение, КС – по акушерским показаниям.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий в КР: во всех клинических ситуациях, связанных с досрочным родоразрешением, необходимо заключение

междисциплинарного консилиума. Пролонгирование беременности при тяжелой ПЭ возможно в медицинских организациях 3-й группы после заключения междисциплинарного консилиума.

Первое, на что стоит обратить внимание, – это сроки пролонгирования беременности с тяжелой ПЭ, исключительно до 34 недель и лишь в стационарах 3-го уровня при контролируемом АД с отсутствием прогрессирования симптомов полиорганной недостаточности.

Вместе с этим приложение Б.3 определяет активную тактику ведения у пациенток с тяжелой ПЭ и родоразрешение в течение 6-24 часов.

У читателя может возникнуть определенный диссонанс в понимании: с одной стороны нам рекомендуют выжидательную тактику и пролонгирование беременности, с другой – родоразрешение в течение 24 часов. Родоразрешение в течение 24 часов необходимо в сроке беременности ≥ 34 недель.

Эту позицию поддерживают и зарубежные рекомендации. Два метаанализа (Wang Y, Hao M, Sampson S, Xia J. *Elective delivery versus expectant management for pre-eclampsia: a meta-analysis of RCTs*. Arch Gynecol Obstet. 2017; 295: 607–22 и Churchill D, Duley L, Thornton JG, Moussa M, Ali HS, Walker KF. *Interventionist versus expectant care for severe pre-eclampsia between 24 and 34 weeks' gestation*. Cochrane Database Syst Rev. 2018; 10CD003106), включавшие семь и шесть рандомизированных исследований соответственно, оценивали влияние выжидательной тактики ведения беременности по сравнению с родами через 48 часов после антенатальной терапии кортикостероидами у беременных с тяжелой преэклампсией между 24 и 34 неделями беременности.

При отсутствии неконтролируемого АД и прогрессирования органной дисфункции, эклампсии или дистресса плода, выжидательная тактика во время беременности

не приводила к значительному увеличению риска материнских осложнений, таких как эклампсия, отек легких, почечная недостаточность и развитие HELLP-синдрома.

Родоразрешение после терапии кортикостероидами, по-видимому, снижает риск возникновения ретроплацентарной гематомы ($7/238 = 2,9\%$ в группе «родов» по сравнению с $17/245 = 6,9\%$ в группе «выжидательной тактики»; ОР 0,43 [0,19–0,98]), но без каких-либо различий по шкале Апгар <7 на 5 мин. И наоборот, родоразрешение через 48 часов после терапии кортикостероидами по сравнению с выжидательной тактикой может увеличить риск тяжелого внутрижелудочкового кровоизлияния у новорожденных ($38/274 = 13,9\%$ в группе «родов» по сравнению с $17/252 = 6,7\%$ в группе «выжидательной тактики»; ОР = 1,94 [1,15–3,28]), без каких-либо различий ни в показателях внутриутробной, перинатальной или неонатальной смертности, ни в частоте судорог, бронхолегочной дисплазии, некротизирующего энтероколита или сепсиса.

Нет исследований, сравнивающих выжидательную тактику с родоразрешением у беременных с тяжелой преэклампсией после 34 недель беременности.

Еще раз необходимо упомянуть, что выжидательная тактика и пролонгирование беременности допустимо лишь в стационарах 3-го уровня в сроке беременности 25–34 недели при постоянном мониторинге состояния беременной в палате отделения анестезиологии и реанимации.

Так же необходим контроль клинко-лабораторных показателей, особенно уровня магния в крови, учитывая длительность его введения во время беременности на фоне пролонгирования ее при тяжелой ПЭ.

Однако стоит помнить, что пролонгирование тяжелой ПЭ сопряжено с высоким риском развития HELLP-синдрома и необходимо быть готовым к экстренному родоразрешению в любое время.

Обновление № 4

Все вышесказанное касалось исключительно тяжелой ПЭ и никак HELLP-синдрома, как вторичной тромботической микроангиопатии при тяжелой ПЭ. В этом случае необходимо родоразрешение на любом сроке беременности.

Необходимо отметить, что при HELLP-синдроме снижение количества тромбоцитов происходит молниеносно и необходимо повторить клинический анализ крови в течение одного часа до родоразрешения.

НКИ COVID-19

Учитывая современные реалии, нельзя обойти вниманием эпидемию НКИ COVID-19. Казалось бы, какая тут может быть связь с преэклампсией? Однако, как показывают большие ретроспективные исследования и метаанализ, вышедший в январе 2022 года – связь есть.

Согласно ретроспективному анализу 2184 беременных женщины, из которых 725 (33,2%) были с НКИ COVID-19 и 1459 (66,8%) без коронавирусной инфекции, НКИ COVID-19 во время беременности был тесно связан с развитием преэклампсии, особенно среди нерожавших женщин. Эта связь не зависела от каких-либо факторов риска и ранее существовавших заболеваний. Тяжесть НКИ COVID-19, по-видимому, не является фактором риска в этой связи.

В метаанализ были включены 28 исследований с участием 790 954 беременных женщин, среди которых у 15 524 была диагностирована НКИ COVID-19.

Метаанализ нескорректированных отношений шансов показал, что вероятность развития преэклампсии была значительно выше среди беременных с НКИ COVID-19, чем среди беременных без коронавирусной инфекции (7,0% против 4,8%; объединенное отношение шансов 1,62; 95% доверительный интервал 1,45–1,82; $p < 0,00001$).

Метаанализ скорректированных отношений шансов также показал, что НКИ

COVID-19 во время беременности была связана со значительным увеличением вероятности преэклампсии (объединенное отношение шансов 1,58; 95% доверительный интервал 1,39–1,80; $p < 0,0001$).

Было выявлено статистически значимое увеличение шансов преэклампсии с тяжелыми проявлениями (отношение шансов 1,76; 95% доверительный интервал 1,18–2,63), эклампсии (отношение шансов 1,97; 95% доверительный интервал, 1,01–3,84) и HELLP-синдром (отношение шансов 2,10; 95% доверительный интервал 1,48–2,97) среди беременных женщин с НКИ COVID-19 по сравнению с женщинами без коронавирусной инфекции.

Выводы, которые можно сделать из всех этих исследований, говорят о том, что НКИ COVID-19 во время беременности связана с более высокими шансами развития преэклампсии.

Список литературы

- Клинические рекомендации. Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. 2021.
- Bonnet MP, Garnier M, Keita H, et al. Anaesth Crit Care Pain Med. 2021; 40(5): 100901.
- Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. Obstet Gynecol. 2020; 135(6): e237-e260.
- Papageorgiou AT, Deruelle P, Gunier RB, et al. Preeclampsia and COVID-19: results from the INTERCOVID prospective longitudinal study. Am J Obstet Gynecol. 2021 Sep; 225(3): 289.e1-289.e17.
- Conde-Agudelo A, Romero R. SARS-CoV-2 infection during pregnancy and risk of preeclampsia: a systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol. 2022 Jan; 226(1): 68-89.e3.

Комментарий эксперта



Заслуженный деятель науки РФ, член-корр. РАН, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН, вице-президент Российского общества акушеров-гинекологов, президент Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС).

Не могу согласиться с порядком обсуждения. Оно важно при акцентированной ТЯЖЕЛОЙ ПЭ, но возросшая ВПЕРВЫЕ за много лет смертность от эклампсии связана с нелепой, не учитывающей отечественный, самый большой в мире, опыт РАННЕЙ диагностики

ПРИМИТИВНЫМИ методами: АД, протеинурия, отеки. Переход на три градации состояний, АССОЦИИРОВАННЫХ с гестационным сроком, с рубрикой по МКБ (!) снимает 2/3 диагнозов бывших «гестозов» и «нефропатий», отсрочивая начало (sic!) МАГНЕЗИАЛЬНОЙ терапии.

Об этом предупреждала академик Галина Михайловна Савельева и так произошло. Напоминаю, что в СССР смертность от эклампсии была «обезглавлена» за счет ФАПов (фельдшерско-акушерский пункт): акушерка измеряла АД, кипятила (!) мочу (не было сульфосалициловой кислоты) и пальпировала голени.

Материнская смертность снижалась, а теперь растет! Почему?

Вот что надо обсуждать, а не пытаться заменять эффективную КЛИНИЧЕСКУЮ классификацию другими, созданными не для нашего населения и ТЕРРИТОРИИ (или хотя бы совместить их).

Максимально неудовлетворенный В.Е. Радзинский

Комментарий редколлегии

Учитывая актуальность обсуждаемой темы и увеличение летальности, связанной с эклампсией / HELLP – синдромом / ТМА, предлагаем вашему вниманию алгоритмы, не вошедшие в КР, но имеющие важное практическое значения.

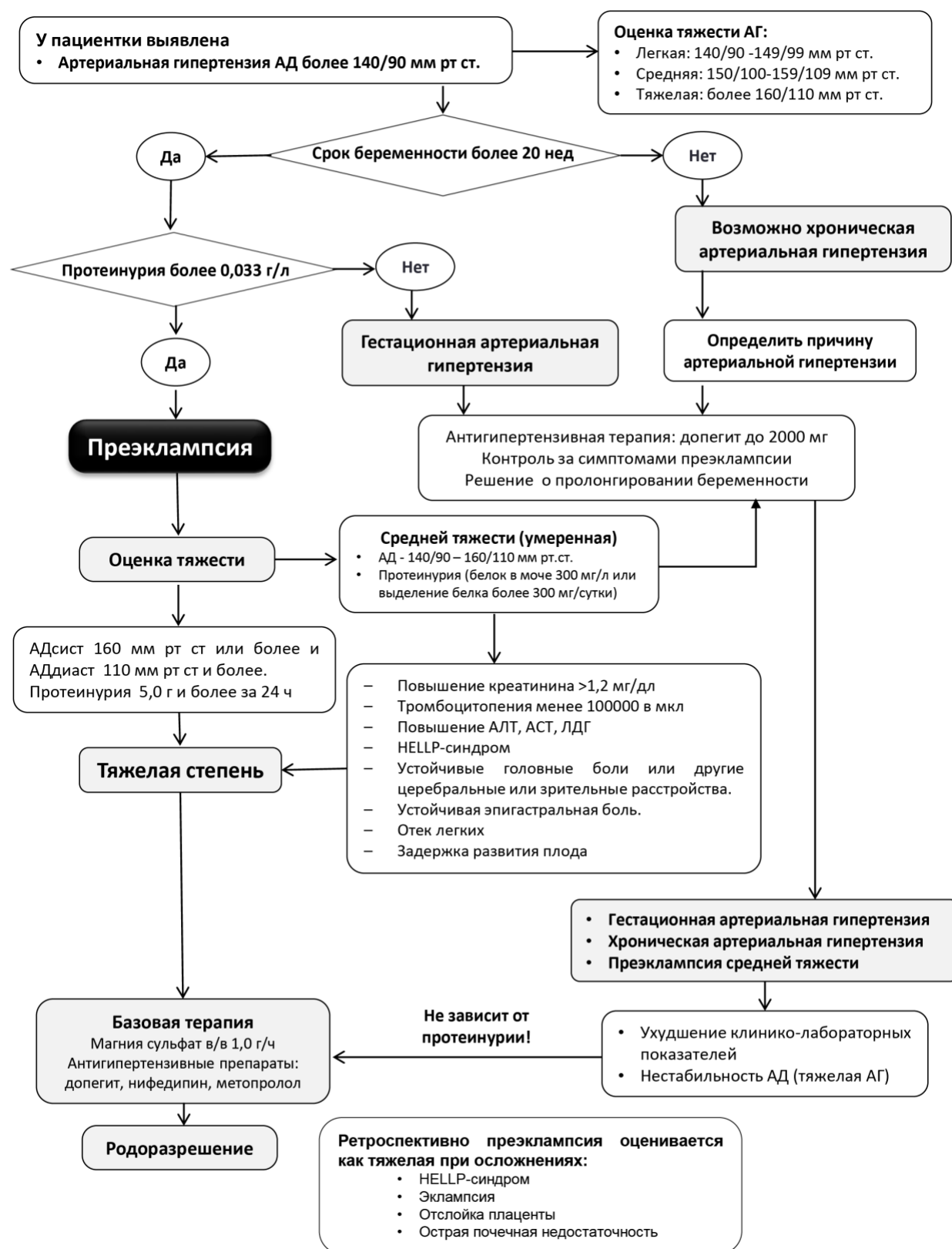


Рис. 1. Алгоритм диагностики и лечебная тактика при гипертензивных осложнениях беременности



Рис.2 Дифференциальная диагностика и лечебная тактика при судорожном приступе/серии судорожных приступов у беременной женщины
(ИВЛ – искусственная вентиляция легких, КТ – компьютерная томография, МРТ – магнитно-резонансная томография)



Рис. 3 Схема перевода пациентки с преэклампсией и эклампсией на спонтанное дыхание после продленной ИВЛ

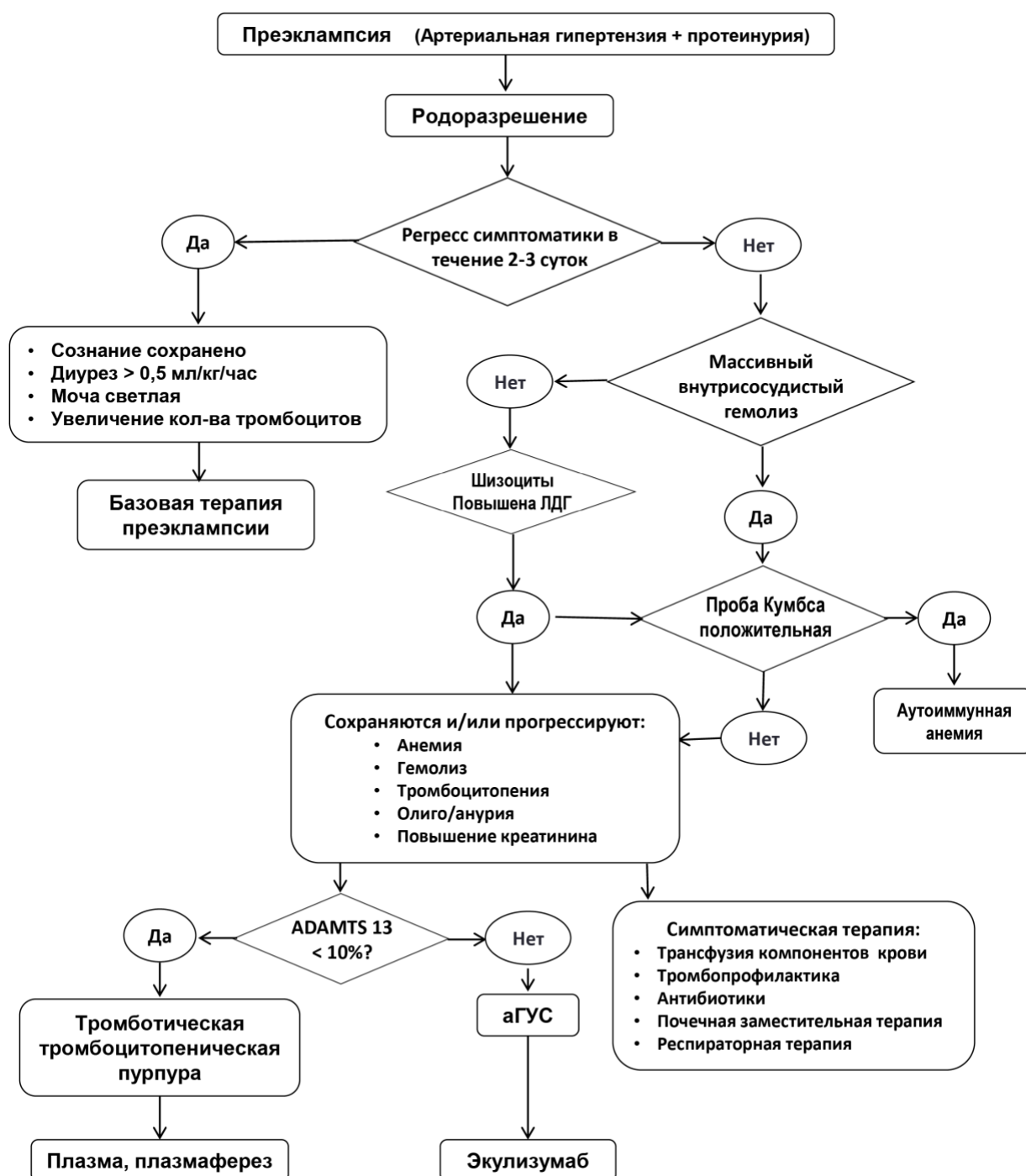


Рис. 4 Алгоритм диагностики и лечения тромботической микроангиопатии на фоне презекламсии (ЛДГ - лактатдегидрогеназа, ADAMTS 13 - a disintegrin and metalloproteinase with a thrombospondin type 1 motif, member 13, аГУС – атипичный гемолитико-уремический синдром)

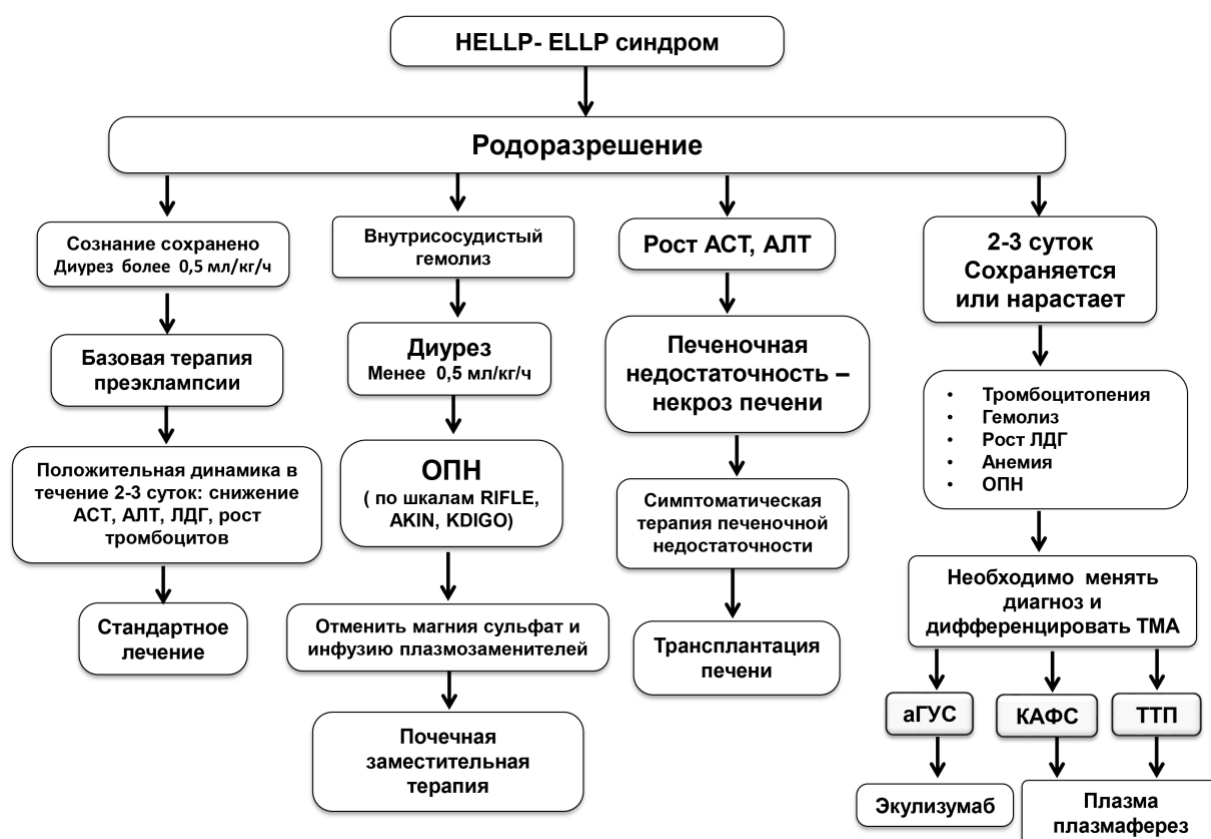


Рис.5 Лечебная тактика при четырех вариантах течения HELLP-синдрома после родоразрешения. (ОПН – острая почечная недостаточность, RIFLE, AKIN, KDIGO – шкалы диагностики острой почечной недостаточности, аГУС – атипичный гемолитико-уремический синдром, КАФС – катастрофический антифосфолипидный синдром, ТТП – тромботическая тромбоцитопеническая пурпура)



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) переносится⁵ лучше эноксапарина натрия⁷

* Бессимптомные ТГВ; * В исследовании принимали участие пациенты с колоректальным раком; ⁵ 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 подтверждено, 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 острой средней/тяжелой степени тяжести или проксимального тромбоза глубоких вен нижних конечностей. Профилактика свертывания крови во время гемодиализа. СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ: 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 антитромбоцитарные 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.

Новое поколение АААР



Редакция журнала Вестник акушерской анестезиологии рада приветствовать в нашей рубрике «Новое поколение АААР» - первый опыт научной работы авторского коллектива из Республики Казахстан.

Мы всегда открыты любой научной инициативе, если работа выполнена в соответствии с принципами доказательной медицины, и готовы помочь в написании и реализации ваших научных инициатив.

Обращаем ваше внимание, что публикация научных работ осуществляется по любой медицинской специальности.

ВЫБОР РЕЖИМА ЭНТЕРАЛЬНОГО И ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМ ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ

Ж.М. Дадашев¹, Н.Д. Жамбаева², У.А. Муканова³

¹Международный Казахско-Турецкий университет им. Х.А. Ясауи Казахстан, Туркестанская область, г. Туркестан, пр. Б. Саттарханова, 29

²ГКП на ПХВ Городская клиническая больница № 1 Казахстан, Туркестанская область, г. Шымкент, ул. Дауренбека Курманбекова, 35

³ГКП на ПХВ Городская клиническая больница № 1 Казахстан, Туркестанская область, г. Шымкент, ул. Дауренбека Курманбекова, 35

Для корреспонденции: Жасур Мухитдинұлы Дадашев – врач-резидент кафедры «Хирургия и анестезиология-реанимация» Международного Казахско-Турецкого университета им. Х.А. Ясауи. Врач-резидент ГКП на ПХВ Городская клиническая больница № 1. E-mail: dadashev.96.96@gmail.com.

Резюме. В статье освещены вопросы восполнения повышенных энергетических и пластических потребностей организма при септических состояниях любой этиологии. Показана необходимость своевременной диагностики и коррекции метаболических нарушений у пациентов с сепсисом, у которых в раннем послеоперационном периоде развивается синдром кишечной недостаточности. Представлены и проанализированы собственные данные, выявлены причины недостаточной эффективности проводимой терапии, даны рекомендации по более широкому применению препарата «Нутрикомп Энергия».

Ключевые слова: энтеральное питание, белково-энергетическая недостаточность, распространенный перитонит, сепсис, метаболический ацидоз.

Для цитирования: Ж.М. Дадашев, Н.Д. Жамбаева, У.А. Муканова. Выбор режима энтерального и парентерального питания у больных с тяжелым интраабдоминальным сепсисом. Вестник акушерской анестезиологии. 2022; 2(52): 16 – 18 <https://doi.org/10.24412/2686-8032-2022-252>

THE CHOICE OF ENTERAL AND PARENTERAL NUTRITION REGIMEN IN PATIENTS WITH SEVERE INTRAABDOMINAL SEPSIS.

Zh.M. Dadashev¹, N.D. Zhambaeva², U.A. Mukanova³

¹«International Kazakh-Turkish University named after H.A. Yasauy» Kazakhstan, Turkestan region, Turkestan, B. Sattarkhanov Ave., 29

²«GKP on PCV City Clinical Hospital No. 1» Kazakhstan, Turkestan region, Shymkent, Daurenbek Kurmanbekov str., 35

³«GKP on PCV City Clinical Hospital No. 1» Kazakhstan, Turkestan region, Shymkent, Daurenbek Kurmanbekov str., 35

Key words: enteral nutrition, protein-energy deficiency, peritonitis, sepsis, metabolic acidosis.

Введение

Восполнение повышенных энергетических и пластических потребностей организма при септических состояниях любой этиологии происходит за счет собственных питательных субстратов, что обуславливает возникновение белково-энергетической недостаточности и органных дисфункций. Особенно неблагоприятная ситуация в развитии и прогрессировании органных нарушений отмечается у больных сепсисом, у которых в раннем послеоперационном периоде развивается синдром кишечной недостаточности, который существенно затрудняет решение задачи полноценного нутритивного обеспечения при использовании в практике ОАР только энтерального питания (ЭП).

Цель работы

Обосновать выбор режима энтерального и парентерального питания для поддержания функции желудочно-кишечного тракта в качестве способа коррекции абдоминального компартмент-синдрома (АКС).

Материалы и методы

В отделении реанимации и интенсивной терапии городской клинической больницы № 1 г. Шымкента проведено рандомизированное контролируемое исследование с участием 112 пациентов с различными причинами недостаточности функции ЖКТ и АКС (перитонит - 48%, панкреатит - 28%, тяжелая сочетанная травма - 24%). Тяжесть состояния больных была определена по показателям APACHE II при поступлении, динамику выраженности синдрома полиорганной недостаточности оценивали по шкале SOFA.

Пациенты в контрольной группе I находились на полной парентеральной нутритивной поддержке ($n = 52$, APACHE II = 20 ± 5 баллов, расчетная вероятность летального исхода = 33,1%). Группа II получала полное парентеральное питание в

первые сутки, которое после стабилизации показателей больного дополнялось режимом энтерального питания с использованием препарата «Нутрикомп Энергия» в дозе 500 мл в первые сутки, 1000 мл - во вторые, 1500 мл - в третьи сутки интенсивной терапии ($n = 52$, APACHE II = 21 ± 7 баллов, расчетная вероятность летального исхода = 36,3%).

Пациентам было проведено клинико-лабораторное обследование в полном объеме: общеклинические и биохимические анализы в динамике, показатели газового состава крови (анализатор газов крови BAYER Rapidlab, Германия), электролитный баланс и измеренная осмолярность (осмометр Osmostat, Германия), контроль внутрибрюшного давления осуществляли по показателям давления в мочевом пузыре согласно рекомендациям Sugrue M. (2005), абдоминальный компартмент-синдром диагностировался по критериям WSACS.

Энтеральная нутритивная поддержка проведена с питательным комплексом «Нутрикомп Энергия». Дополнительно к ранней энтеральной поддержке все больные в обеих группах получали парентерально «OLiClinomel №7 - 1000» - 1500 мл, как компоненты режима поддержки функции ЖКТ.

В стандарт инфузионной терапии включали инфузию тетракрахмалов. При диагностике АКС избегали назначения «агрессивной» инфузионной тактики, при невозможности - больные исключались из исследования.

Результаты и обсуждение

При анализе данных не было выявлено статистически значимого различия по осмотическому гомеостазу, уровень осмолярности находился на верхней границе нормы ($310,4 \pm 23,3$ мосм/л в I группе с парентеральным и $313,6 \pm 12,9$ мосм/л во II группе с энтеральным питанием). Начало нутритивной поддержки по обоим вариантам диктовалось отсутствием значимых изменений по показателям КОС (компенсация

метаболического ацидоза), нормализацией темпа диуреза (более 40 мл/час). Данные показатели достигались в обеих группах: через $11,2 \pm 2,2$ часов в I группе и через $10,4 \pm 1,9$ часов во II группе, не было выявлено статистически значимого различия.

Уровень потребления кислорода в группах сохранялся на умеренных повышенных цифрах в течение всего времени наблюдения (группа I = 421 ± 23 л/мин/м² и 451 ± 34 л/мин/м² во группе II). В первые сутки уровень потребления кислорода был в пределах нормальных референсных показателей, на третьи сутки уровень потребления кислорода в группе II превышал аналогичный показатель в группе I на 13% ($p < 0,05$).

В группе II было выявлено снижение уровня внутрибрюшного давления, который статистически значимо отличался от уровня в группе I, на вторые и третьи сутки наблюдения показатель внутрибрюшного давления снижался до уровня нормальных величин, тогда как в группе I сохранялась первая степень внутрибрюшной гипертензии, что сопровождалось клиническими и лабораторными проявлениями АКС.

По результатам исследования можно предположить, что данные эффекты режима поддержки функции ЖКТ связаны со стабильностью осмотического и водного

баланса, снижению тяжести развития острого повреждения легких (у 12 больных) с улучшением индекса оксигенации P_{aO_2} / F_{iO_2} от 175 мм рт. ст. до 300-350 мм рт. ст., уменьшению выраженности синдрома внутрибрюшной гипертензии и АКС и, как следствие, регрессу полиорганной недостаточности по шкале SOFA со снижением баллов до $14 \pm 2,1$ и $9 \pm 1,8$ в I группе, по сравнению с II группой $20 \pm 1,6$ на вторые-третьи сутки после операции.

Следует отметить, что эффективность использования ранней энтеральной алиментации («Нутрикомп Энергия») ассоциируется со снижением частоты инфекционных осложнений с 18% до 11,4%, уменьшением длительности ИВЛ с 72 часов до 24 часов и снижением летальности от абдоминального сепсиса с 19,8% до 15,8% в группах септических пациентов.

Выводы

Режим поддержки функции ЖКТ путем включения раннего энтерального питания препаратом «Нутрикомп Энергия», начатого в первые 24 часа с момента поступления, способен снизить проявления начальных стадий абдоминального компартмент-синдрома с достижением допустимых показателей кислородного баланса, водно-электролитного и осмотического гомеостаза.

Список литературы

1. Зарянская, В. Г. Основы реаниматологии и анестезиологии для медицинских колледжей. Учебное пособие / В.Г. Зарянская. - М.: Феникс, 2015. - 384 с
2. Сумин, С.А. Анестезиология, реаниматология, интенсивная терапия: Учебник. Сумин С.А. / С.А. Сумин. - М.: Медицинское информационное агентство, 2015. - 512 с
3. Современные проблемы реаниматологии. - Л.: Медицина, 2018. - 296 с.
4. Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology Butterworth John., Mackey David C 2020
5. Oxford American Handbook of Anesthesiology By Patrick M. McQuillan 2019
6. Physics, Pharmacology and Physiology for Anaesthetists Matthew E. Cross, Emma V. E. Plunkett 2021
7. Yao and Artusio's Anesthesiology - Problem-Oriented Patient Management Yao F.S 2020

Комментарий к статье

Мы с интересом прочли статью Ж.М. Дадашев и соавторов и хотели бы поблагодарить их за проведенное исследование, пожелать им успехов в работе и дальнейшего научного развития.

Однако, нельзя не отметить ряд серьезных замечаний в проведенной работе. С практической точки зрения, работа является интересной и важной, так как интраабдоминальный сепсис может быть и в акушерской практике, а проблема нутритивной поддержки в акушерстве чрезвычайно актуальна. Дискуссионным вопросом является использование тетракрахмалов, в качестве базисной инфузионной терапии при сепсисе. С другой стороны, в мировой литературе не существует запрета на применение растворов ГЭК и проводимые исследования в отношении неблагоприятных эффектов далеко не так однозначны (Johansen JR, Perner A, Brodtkorb JH, Møller MH. Use of hydroxyethyl starch in sepsis research: A systematic review with meta-analysis. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2021 Nov;65(10):1355-1364; Tseng CH, Chen TT, Wu MY, Chan MC, Shih MC, Tu YK. Resuscitation fluid types in sepsis, surgical, and trauma patients: a systematic review and sequential network meta-analyses. *Crit Care.* 2020 Dec 14;24(1):693; Lewis SR, Pritchard MW, Evans DJ, Butler AR, Alderson P, Smith AF, Roberts I. Colloids versus crystalloids for fluid resuscitation in critically ill people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Aug 3;8(8):CD000567).

Применение растворов ГЭК ограничено рекомендациями Surviving Sepsis Campaign (SSC), а в РФ растворы ГЭК практически запрещены согласно инструкции к препарату и могут быть использованы только при гиповолемическом шоке, в случае неэффективности кристаллоидов при его коррекции.

Хотелось бы еще раз пожелать коллегам дальнейшего научного развития и пригласить всех желающих принять участие в проекте «Новое поколение АААР».

ДАЙДЖЕСТ ПУБЛИКАЦИЙ

Влияние эпидуральной анальгезии родов на эвакуацию желудочного содержимого: проспективное сравнительное исследование

Результаты

Медиана (межквартильный диапазон) скорости опорожнения желудка через 90 минут составила 52% (от 46 до 61), 45% (от 31 до 56), 7% (от 5 до 10) и 31% (от 17 до 39) для небеременных женщин, беременных женщин, рожениц без обезболивания родов и рожениц с эпидуральной анальгезией, соответственно ($P < 0,0001$).

Скорость опорожнения желудка через 90 минут была статистически значимой и ниже в группе рожениц с эпидуральной анальгезией, чем в контрольной группе небеременных и беременных.

Кроме того, скорость опорожнения желудка через 90 минут была статистически значимой и ниже в группе «Роды без эпидуральной анальгезии», чем в группе «Роды с эпидуральной анальгезией».

Выводы

Эвакуация желудочного содержимого у рожениц после легкого приема пищи задерживается, а эпидуральная анальгезия родов, по-видимому, не ухудшает, а облегчает опорожнение желудка. Это следует учитывать, разрешая роженицам принимать легкую пищу.

Полная версия статьи на [сайте](#) журнала

DOI: <http://doi.org/10.17816/2313-8726-2022-9-1-57-66>

Оригинальное исследование

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ С МЁРТВОРОЖДЕНИЕМ ПО ДАННЫМ АНКЕТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОК

Ю.С. Мысовская¹, Д.В. Маршалов², Е.М. Шифман³, А.В. Кулигин², Е.Е. Зеулина²¹Саратовская городская клиническая больница № 1 им. Ю.Я. Гордеева, Саратов, Российская Федерация;²Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Саратов, Российская Федерация;³Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

Обоснование. Мёртворождение — ведущий фактор развития посттравматического стрессового расстройства. Адекватность медицинского и психологического сопровождения родов мёртвым плодом играет ключевую роль в профилактике тяжёлых психологических расстройств.

Материалы и методы. Авторами разработан опросник для оценки качества акушерской, анестезиологической и психологической помощи женщинам с мёртворождением. Проведён анализ анкет 173 респонденток. Коэффициент заполнения: 1. Коэффициент полноты ответов: 0,96. В 55% случаев роды мёртвым плодом произошли после 34 недель гестации. В 60% случаев временной интервал с момента родов до прохождения анкетирования не превышал двух лет.

Результаты и обсуждение. Своё эмоциональное состояние как «тяжёлое» оценили 70% женщин. Психологическая помощь признана неудовлетворительной в 52% случаев. Большая часть (63%) женщин хотели быть в сознании в момент рождения ребёнка и контактировать с ним. В 51% случаев данный вопрос с роженицами не обсуждался. При вагинальных родах нейроаксиальные методы анальгезии применяли в 36% случаев, обезболивание не проводилось у 40% пациенток. В послеродовом периоде 76% женщин нуждались в седативной терапии, которая была назначена лишь в 25% случаев. Треть респонденток оценили оказанную им медицинскую помощь как неудовлетворительную, и 94% женщин считают, что для медицинских работников необходимо проведение специальных тренингов и семинаров, посвящённых вопросам общения с пациентками, имевшими мёртворождение.

Заключение. Анализ анкет, заполненных женщинами с мёртворождением, выявил ряд проблем качества оказания им медицинской помощи. Самыми значимыми из них, по мнению респонденток, стало отсутствие реализации желания пациентки контакта с мёртворождённым ребёнком, отсутствие достаточного обезболивания в родах и седации в послеродовом периоде, а также неудовлетворительная психологическая помощь, осуществляемая врачами междисциплинарной бригады и клиническим психологом.

Ключевые слова: анкетирование пациенток; мёртворождение; медицинская и психологическая помощь.

Как цитировать:

Мысовская Ю.С., Маршалов Д.В., Шифман Е.М., Кулигин А.В., Зеулина Е.Е. Оценка качества оказания медицинской помощи женщинам с мёртворождением по данным анкетирования пациенток // Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва. 2022. Т. 9, № 1. С. 57–66.

doi: 10.17816/2313-8726-2022-9-1-57-66

Полная версия статьи на [сайте](#) журнала

ОБРАЩАЕМ ВАШЕ ВНИМАНИЕ НА ОБНОВЛЕНИЕ КР МЗ



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

Эмболия амниотической жидкостью

Кодирование по Международной статистической
классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **O75.1, O88.1, O88.8**

Год утверждения (частота пересмотра): **2022**

Возрастная категория: **Взрослые, Дети**

Год окончания действия: **2024**

ID: **720**



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

Венозные осложнения во время беременности и послеродовом периоде. Акушерская тромбоземболия

Кодирование по Международной статистической
классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **O22, O87, O88**

Год утверждения (частота пересмотра): **2022**

Возрастная категория: **Взрослые, Дети**

Год окончания действия: **2024**

ID: **723**



АССОЦИАЦИЯ АКУШЕРСКИХ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ

119415, г. Москва, пр-т Вернадского,
д. 41, стр. 1, оф. 545.
Тел.: +7 926 465 5693
E-mail: aaar@arfpoint.ru

ОКПО 26352067,
ОГРН 1137799022393,
ИНН/КПП 7710481076/772901001

Добрый день Уважаемая ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов.

Я, Дорофеев Олег Владимирович, врач анестезиолог-реаниматолог перинатального центра Новоуренгойской центральной городской больницы.

Прошу Вашей помощи в решение следующего вопроса.

Была произведена экспертиза истории родов и экспертом было сделано замечание, что в осмотре врача-анестезиолога перед операцией кесарево сечение отсутствует регистрация риска аспирационного синдрома и риска анафилаксии согласно клиническим рекомендациям «Роды одноплодные, родоразрешение путем операции кесарева сечения», 2021г.

Для оценки риска предполагается наличие шкал. В доступных документах, а именно, Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 октября 2020г. N 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология", клинический протокол лечения «Анестезия при операции кесарева сечения», 2018г., клинические рекомендации «Роды одноплодные, родоразрешение путем операции кесарева сечения», 2021г., и других приказах и клинических рекомендациях связанных с анестезиологией мы не нашли данных как регистрировать риск анафилаксии и риск аспирационного синдрома.

В осмотре анестезиолога перед операцией мы указываем наличие или отсутствие аллергических реакций, а также указываем последний прием жидкости и пищи.

В клиническом протоколе «Роды одноплодные, родоразрешение путем операции кесарева сечения», 2021г в приложении указывается как оценивать физический статус пациентки по шкале ASA. Как оценивать риск трудной интубации не указан. Мы в своих осмотрах оцениваем его по шкале ШОТИ (Шкала оценки трудностей интубации), правильно ли мы делаем или оценку нужно проводить по другой шкале.

С уважением, Дорофеев О.В.



АССОЦИАЦИЯ АКУШЕРСКИХ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ

119415, г. Москва, пр-т Вернадского,
д. 41, стр. 1, оф. 545.
Тел.: +7 926 465 5693
E-mail: aar@arfpoint.ru

ОКПО 26352067,
ОГРН 1137799022393,
ИНН/КПП 7710481076/772901001

Уважаемый, Олег Владимирович Дорофеев!

Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов благодарит Вас за обращение.

Действительно, в клинических рекомендациях Министерства Здравоохранения РФ «Роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения» 2021 г., указано, что «Основная цель консультации врача-анестезиолога-реаниматолога — это осмотр пациентки с регистрацией физического статуса, выбора метода обезболивания, оценка риска трудной интубации трахеи, риска тромбоэмболических осложнений, риска аспирационного синдрома и анафилаксии». В дальнейшем тексте клинических рекомендаций нет упоминания о существующих шкалах риска развития аспирационного синдрома и анафилаксии, что позволяет врачу анестезиологу-реаниматологу самостоятельно осуществлять записи в предоперационном осмотре, оценивающие возможные осложнения и риски.

Запись в предоперационном осмотре врача анестезиолога-реаниматолога должна содержать любую информацию о последнем приеме пищи, что подразумевает собой проведение оценки риска аспирации и указание возможных аллергических реакций или их отсутствие.

В клинических рекомендациях «Роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения» 2021 г., существует таблица «Критерии оценки качества медицинской документации», в которой нет упоминания о проведении оценки риска аспирационного синдрома или анафилаксии.

Действительно, в рекомендациях говорится только то, что врач анестезиолог-реаниматолог должен указать риск аспирационного синдрома, а на какую классификацию ссылаться – неизвестно.

Что касается приема пищи в периоперационном периоде, то такой классификации нет, остается только ориентироваться на предлагаемый временной интервал между приемом пищи и началом анестезии. Исходя из этого, риск аспирационного синдрома можно оценивать как низкий, если временные рамки соблюдены и высокий, если времени прошло меньше рекомендуемого. Эти временные рамки международные ассоциации [Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration: Application to Healthy Patients Undergoing Elective Procedures: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration. *Anesthesiology*. 2017 Mar;126(3):376-393., Weimann A, Braga M, Carli F, Higashiguchi T, Hübner M, Klek S, Laviano A, Ljungqvist O, Lobo DN, Martindale RG, Waitzberg D, Bischoff SC, Singer P. *ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery*. *Clin Nutr*. 2021 Jul;40(7):4745-4761] единодушно оценивают следующим образом:



АССОЦИАЦИЯ АКУШЕРСКИХ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ

119415, г. Москва, пр-т Вернадского,
д. 41, стр. 1, оф. 545.
Тел.: +7 926 465 5693
E-mail: aaar@arfpoint.ru

ОКПО 26352067,
ОГРН 1137799022393,
ИНН/КПП 7710481076/772901001

Для приема:

- прозрачные жидкости не менее 2 ч.;
- грудное молоко – не менее 4 ч.;
- детская смесь не менее 6 ч.;
- другое молоко не менее 6 ч.;
- легкая еда не менее 6 ч.;
- жареные продукты, жирные продукты или мясо не менее 8 ч (или даже более).

Необходимо помнить, что только политика «ноль-через-рот» и применение регионарной анестезии (пациент в сознании) гарантируют профилактику аспирационного синдрома. Влияние медикаментозной профилактики как на частоту аспираций, так и на летальность не доказано.

В следующей редакции клинических или методических рекомендаций этот момент будет обязательно отражен.

Что касается риска анафилаксии в периоперационном периоде. Действительно, практически во всех отечественных и зарубежных руководствах описывается градация степени тяжести анафилаксии/анафилактического шока, а градации степени риска практически нет. Однако, исходя из того, что все препараты, используемые во время анестезии, могут вызвать анафилактический шок, а прогнозирование крайне сомнительно и основано только на сборе анамнеза, необходимо оценивать риски следующим образом:

- низкий – нет указаний на аллергию в анамнезе;
- умеренный – указание в анамнезе на факт аллергии (лекарственные препараты, пищевые продукты, косметика, укусы насекомых и т.д.);
- Высокий – указание на анафилактический шок или тяжелую реакцию в анамнезе, аллергические реакции на препараты, используемые во время анестезии.

Хотя интраоперационная лекарственная анафилаксия встречается редко (примерно 1:10000 анестезий), она способствует от 1,3% до 9,0% смертей, происходящих во время общей анестезии. Каждое вещество (включая и антисептики), используемое в периоперационном периоде, может вызвать аллергическую реакцию. Из всех препаратов, используемых во время анестезии, миорелаксанты являются наиболее опасными веществами (до 50-70% случаев анафилаксии среди всех препаратов для анестезии), вызывающими IgE-опосредованную анафилаксию – в порядке убывания важности это: суксаметоний, рокуроний, векуроний, панкуроний, мивакуриум, атракурий и цисатракурий. Перекрестная реактивность между миорелаксантами распространена примерно в 60-70% случаев, и при использовании любого миорелаксанта нет никаких гарантий от развития реакции гиперчувствительности.

Пропофол содержит соевое масло и яичный лецитин в качестве эмульгирующих агентов, однако противопоказаний к применению пропофола нет, даже если пациенты указывают на аллергию на яйца, сою или арахис - лецитин в пропофолe высокоочищен и аллергенные белки отщепляются от соевого масла в процессе рафинирования.



АССОЦИАЦИЯ АКУШЕРСКИХ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ

119415, г. Москва, пр-т Вернадского,
д. 41, стр. 1, оф. 545.
Тел.: +7 926 465 5693
E-mail: aaar@arfpoint.ru

ОКПО 26352067,
ОГРН 1137799022393,
ИНН/КПП 7710481076/772901001

Аллергические реакции на пропофол редки с частотой 1:60000 введений. Аллергические реакции на этиomidат и кетамин остаются крайне редкими.

Частота аллергических реакций на наркотические анальгетики низкая, однако сенсибилизация к морфину может быть вызвана предыдущим применением фолкодина. В случае аллергии на один из наркотических анальгетиков, может быть использован другой препарат – фентанил, который обычно является оптимальным выбором, так как он не запускает прямую стимуляцию мастоцитов и базофилов.

Пока нет сообщений об аллергии на ингаляционные анестетики (севофлюран).

Антибиотики составляют 40-55% всех случаев анафилаксии в США и некоторых европейских странах, но в данном случае они не использовались.

Кроме того, следует учитывать, что женщины в 2-3 раза более склонны к развитию анафилаксии во время анестезии, чем мужчины, а в 40% развивается не обусловленная IgE реакция гиперчувствительности (прямое высвобождение гистамина), для которой не обязательна предварительная сенсибилизация.

Таким образом, достоверно установить лекарственный препарат, ответственный за развитие фатального анафилактического шока как до анестезии, так и во время развития критического состояния и, соответственно, предотвратить его развитие объективно невозможно.

В одном из последних обзоров выделяют потенциальные факторы риска тяжелой, двухфазной и смертельной анафилаксии [Dribin TE, Motosue MS, Campbell RL. Overview of Allergy and Anaphylaxis. Emerg Med Clin North Am. 2022 Feb;40(1):1-17].

Факторы риска тяжелой анафилаксии:

- возраст ≥ 65 лет;
- мужской пол;
- **сопутствующие заболевания:** болезни сердца или легких (например, хроническая обструктивная болезнь легких [ХОБЛ], астма);
- предшествующее обращение за медицинской помощью или госпитализация по поводу анафилаксии, мастоцитоз;
- **триггеры:** лекарства, яд насекомых, ятрогенные;
- использование бета-блокаторов или ингибиторов, ангиотензинпревращающего фермента (АПФ);
- интенсивная физическая активность.

Факторы риска двухфазной анафилаксии:

- сопутствующие заболевания: предшествующая анафилаксия;
- **триггеры:** неизвестный триггер;
- **при обследовании:** большое пульсовое давление, артериальная гипотония, свистящее дыхание, диарея;
- **особенности реакции:** позднее введение адреналина или введение более 1 дозы адреналина.



АССОЦИАЦИЯ АКУШЕРСКИХ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ

119415, г. Москва, пр-т Вернадского,
д. 41, стр. 1, оф. 545.
Тел.: +7 926 465 5693
E-mail: aaar@arfpoint.ru

ОКПО 26352067,
ОГРН 1137799022393,
ИНН/КПП 7710481076/772901001

Факторы риска смертельной анафилаксии:

- пожилые пациенты;
- мужской пол;
- **сопутствующие заболевания:** астма, сердечно-сосудистые заболевания, мастоцитоз
- **особенности реакции:** позднее введение адреналина.

Но и эти факторы риска не могут полностью ответить на вопрос как адекватно классифицировать риск анафилаксии/анафилактического шока в периоперационном периоде.

В следующей редакции клинических или методических рекомендаций этой проблеме будет уделено особое внимание.

С уважением,
Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов

РОССИЙСКИЙ ФОРУМ ПО ТРОМБОЗУ И ГЕМОСТАЗУ СОВМЕСТНО С 11-Й КОНФЕРЕНЦИЕЙ ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ГЕМОСТАЗИОЛОГИИ И ГЕМОРЕОЛОГИИ (РФТГ-2022)

Даты проведения: 17-19 марта 2022 г.

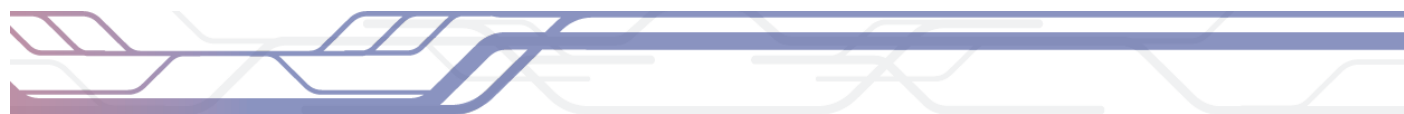
Место проведения: Москва, отель «Азимут Олимпийский»

Формат: очный/гибридный

Прием тезисов: до 10 февраля 2022 года

Баллы НМО: за очное участие

В программе запланирован Симпозиум Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов (модераторы: Е.М. Шифман, А.В. Куликов)



**РОССИЙСКИЙ ФОРУМ
ПО ТРОМБОЗУ И ГЕМОСТАЗУ**



*совместно с 11-ой конференцией по клинической
гемостазиологии и гемореологии*



**МОСКВА, РОССИЯ
17-19 МАРТА 2022 ГОДА**

WWW.RFTH.RU



WWW.ARFPOINT.RU

Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов
Obstetrical Anesthesiologists Intensivists Association

ISSN 2686-8032 (Online)

online журнал

Вестник акушерской анестезиологии

№2 (52)

2022

online journal Obstetric Anesthesia Digest **Февраль**

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

№2(52) Февраль 2022

№2(52) February 2022

Вестник акушерской анестезиологии
Obstetric anesthesia digest