

online журнал

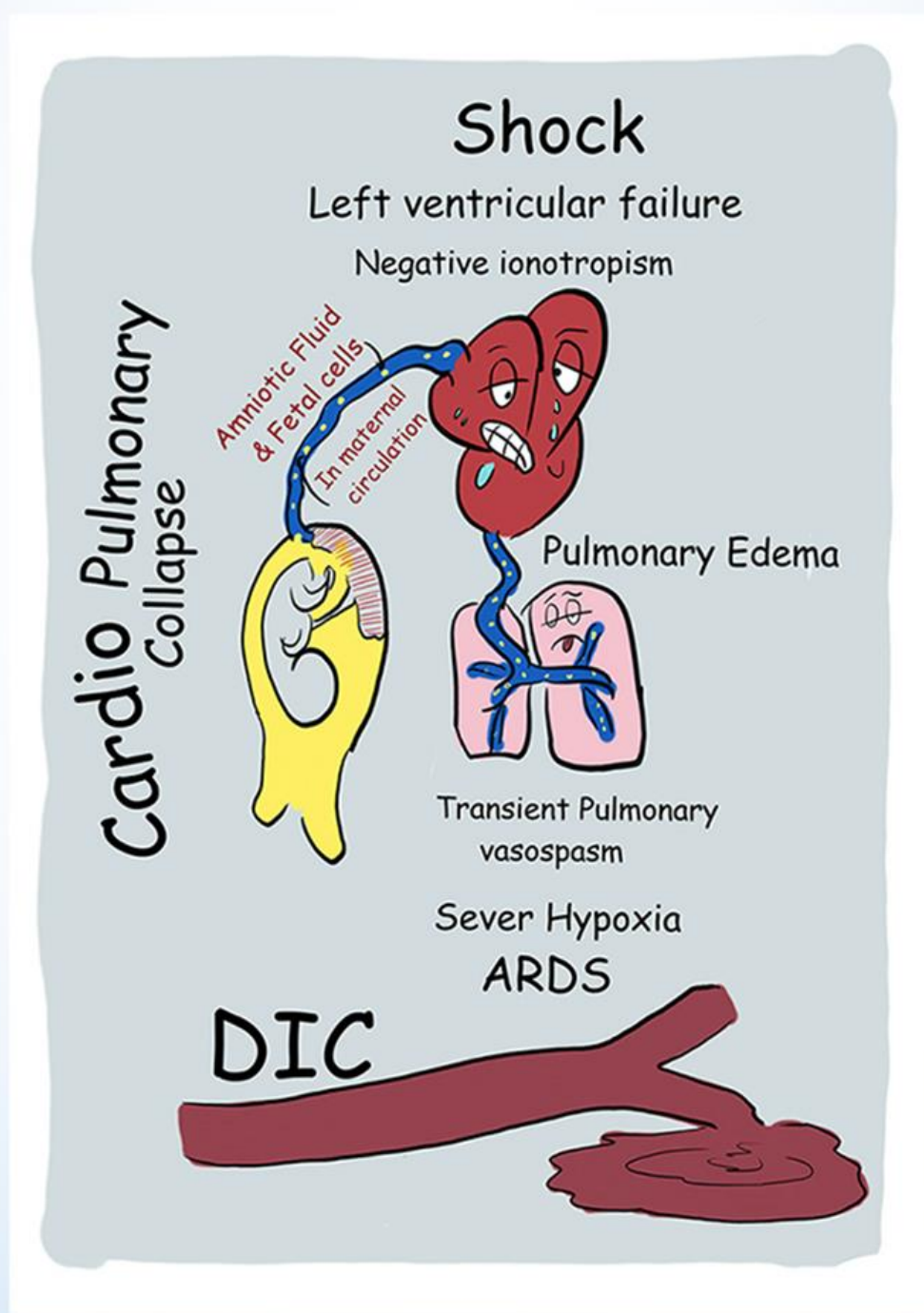
Вестник акушерской анестезиологии

online journal **Obstetric Anesthesia Digest**

№3 (53)

2022

Март





Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов
Obstetrical Anesthesiologists Intensivists Association

ISSN 2686-8032 (Online)

online журнал

Вестник акушерской анестезиологии

online journal **Obstetric Anesthesia Digest**

№3 (53)

2022

Март

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

online журнал

Вестник акушерской анестезиологии

№3 (53)

2022

online journal **Obstetric Anesthesia Digest** Март

С о д е р ж а н и е

Статья	Стр.
Эмболия амниотической жидкостью. Обновления клинических рекомендаций	4
Рекомендации кампании «Переживем сепсис» (SSC) и индивидуальный подход – как найти баланс?	9
Преодоление психологических последствий врачебных ошибок: некоторые практические стратегии	16
Дайджест публикаций	22

ЭМБОЛИЯ АМНИОТИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТЬЮ

Обновления клинических рекомендаций



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**

Уважаемые читатели! Мы хотели бы ознакомить вас с **наиболее важными обновлениями** клинических рекомендаций Минздрава РФ «Эмболия амниотической жидкостью» 2022 г., одновременно сопровождая их *комментариями наших специалистов*, с указанием верной трактовки написанного для понимания клиницистов.

Обновление 1

В зависимости от ведущего клинического симптомокомплекса при эмболии околоплодными водами (ЭОВ) выделяют следующие типы патологии. Классификация эмболии амниотической жидкостью (ЭАЖ) на основе ведущего клинического симптомокомплекса:

- тип сердечно-легочного коллапса (классический тип);
- ДВС-тип.

В зависимости от ведущего клинического симптомокомплекса при эмболии околоплодными водами (ЭОВ) выделяют

следующие типы патологии. Классификация эмболии амниотической жидкостью (ЭАЖ) на основе ведущего клинического симптомокомплекса:

- сердечно-легочный коллапс (классический тип);
- ДВС-синдром.

Выделение двух типов ЭАЖ является современным и наиболее верным представлением клинической картины и первых симптомов при ее развитии. Эти два типа, как правило, проявляются одновременно. Однако имеются данные о том, что при ЭАЖ в равной степени вероятно проявление исключительно одного из них.

Обновление 2

В существующих клинических рекомендациях еще раз подчеркивается, что в случае смерти пациентки диагноз верифицируется патологоанатомически. Однако не существует достоверных гистологических признаков ЭАЖ, и интерпретация данных аутопсии должна оцениваться в совокупности с клинической картиной. Именно клиническая картина на ее ранних этапах является важным элементом при диагностике и верификации ЭАЖ посмертно.

Обновление 3

Всем пациенткам с признаками ЭАЖ рекомендовано исследование параметров коагулограммы (исследование уровня фибриногена, ПТИ, АЧТВ, определение МНО) и, при наличии возможности, проведение вязкоэластических тестов (тромбоэластографии (ТЭГ) или ротационной тромбоэластометрии (РОТЭМ) для ранней диагностики коагулопатий и подбора трансфузионной терапии до получения результатов коагулограммы. Кратность определяется состоянием пациентки.

Всем пациенткам с признаками ЭАЖ рекомендована оценка состояния системы гемостаза по показателям: количество тромбоцитов ($\text{тыс} \times 10^9/\text{л}$), концентрация фибриногена (г/л), только количественно - концентрация Д-димера (нг/мл ; мкг/мл) или ПДФ (мкг/мл), а также АЧТВ (сек) и Протромбиновое время (сек; допускается выражать результаты теста «Протромбиновое время» в виде расчетных значений «Протромбин по Квику» или МНО) и, при возможности, проведение вязкоэластических тестов (тромбоэластографии, ТЭГ или ротационная тромбоэластометрия, РОТЭМ) для ранней диагностики коагулопатий и подбора трансфузионной терапии. Кратность

исследований определяется состоянием пациентки.

Эта рекомендация является наиболее важным элементом в диагностике ЭАЖ, поскольку диагностика ДВС-синдрома может быть быстро произведена с помощью прикроватных вязкоэластических тестов, преследуя при этом цель подтвердить или опровергнуть ЭАЖ как причину остановки кровообращения или дыхательной недостаточности. Анализ показателей коагулограммы и количество тромбоцитов так же используется для оценки ДВС-синдрома по шкале ISTH (явного или неявного).

Рисунок 1. Шкала диагностики ДВС-синдрома. Модифицированная для акушерства шкала явного (с кровотечением) ДВС-синдрома

Показатель	Динамика изменений за 24 ч
1. Имеется ли у пациента заболевание, связанное с ДВС-синдромом: Да: 2 балла Нет: 0 баллов	
2. Главные критерии	
Количество тромбоцитов: более 100×10^9 : 0 баллов менее 100×10^9 : 1 балл	Увеличение: -1 балл Без изменений: 0 баллов Уменьшение: 1 балл
Удлинение протромбинового времени: менее 3 с: 0 баллов более 3 с: 1 балл	Уменьшение: -1 балл Без изменений: 0 баллов Увеличение: 1 балл
Продукты деградации фибрина: Норма: 0 баллов Увеличение: 1 балл	Уменьшение: -1 балл Без изменений: 0 баллов Увеличение: 1 балл
3. Вспомогательные критерии	
Антитромбин 111 Норма: -1 балл Уменьшение: 1 балл	
Протенин С Норма: -1 балл Уменьшение: 1 балл	
Другие антикоагулянты: Норма: -1 балл Уменьшение: 1 балл	
Сумма баллов более 5 – неявный ДВС-синдром	

Обновление 4

Всем пациенткам с подозрением на ЭАЖ рекомендовано проведение чрезпищеводной или трехмерной (трансторакальной) эхокардиографии с целью определения уровня легочной гипертензии, диагностики острой правожелудочковой недостаточности, нарушения сократимости миокарда.

Конечно же, выполнение чрезпищеводной эхокардиографии может быть выполнено в родильных учреждениях третьего уровня при наличии специального оборудования и обученного персонала, тогда как трансторакальная эхокардиография может

быть выполнена в любом стационаре при наличии кардиологического датчика врачом анестезиологом-реаниматологом. Это еще раз подчеркивает необходимость совершенствования своих профессиональных навыков врачами анестезиологами-реаниматологами с целью своевременной диагностики причин острой сердечно-сосудистой недостаточности.

Обновление 5

Всем пациенткам с подозрением на ЭАЖ рекомендовано обеспечение адекватного венозного доступа путем установки минимум двух периферических внутривенных катетеров размером от 16 G, если он не был осуществлен ранее.

Учитывая, что клиническая картина ЭАЖ происходит молниеносно, даже в случае успешной сердечно-легочной реанимации высоко вероятно развитие ДВС-синдрома с последующим развитием массивного акушерского кровотечения. Поэтому так важно на ранних этапах обеспечить адекватный венозный доступ. Катетеризировать центральную вену для измерения центрального венозного давления данном случае не рекомендовано. Показанием для катетеризации центральной вены остается отсутствие адекватного периферического доступа для проведения массивной инфузионно-трансфузионной терапии и инотропной поддержки.

Обновление 6

Рекомендовано всем пациенткам при массивной кровопотере, артериальной гипотонии и геморрагическом шоке проводить инфузионную терапию в объеме 30-40 мл/кг с максимальной скоростью, а при ее неэффективности необходимо подключить вазопрессоры и инотропные препараты.

Учитывая острое развитие у пациенток с ЭАЖ правожелудочковой недостаточности, а в некоторых случаях одновременно и левожелудочковой недостаточности,

необходимо проводить инфузионную терапию с особой осторожностью, чтобы не усугубить сердечную недостаточность и не вызвать отек легких. При этом необходим контроль за показателями центральной гемодинамики с помощью инвазивного измерения АД или с помощью трансторакальной эхокардиографии для определения эффективности инфузионной терапии в стабилизации гемодинамики и волемического статуса пациентки.

Обновление 7

Рекомендовано внутривенное введение высоких доз глюкокортикостероидов (ГКС) всем пациенткам с подозрением на ЭАЖ или развившейся клиникой ЭАЖ с целью прерывания анафилаксии и анафилактического шока в ответ на попадание амниотической жидкости в кровоток матери. Одновременно с введением высоких доз ГКС необходимо применение антифибринолитиков, так как в подавляющем большинстве случаев ЭАЖ присутствует гиперфибринолиз.

Обновление 8

Лечение геморрагического шока на фоне коагулопатического кровотечения у пациенток с ЭАЖ проводится согласно клиническим рекомендациям (протокол лечения) (см. клинические рекомендации «Послеродовое кровотечение», 2021 г.).

Стоит отметить, что развитие при ЭАЖ ДВС-синдрома потребует от персонала использования всех ресурсов учреждения: аппарата для реинфузии крови, прикроватных вязкоэластичных тестов, применение препаратов факторов свертывания крови и большого объема криопреципитата.

Обновление 9

Рекомендовано пациенткам с ЭАЖ и восстановленной сердечной деятельностью, при диагностированной легочной гипертензии и недостаточности функции правого желудочка применение препаратов, снижающих давление

в системе легочных артерий и нормализующих функцию правого желудочка, например:

- Оксид азота ингаляционно 5-40 частей на миллион;
- Илопрост 10-50 нг/кг/мин ингаляционно;
- Илопрост 1-2 нг/кг/мин в/в (центральная вена);
- Силденафил 20 мг перорально (при бодрствовании/зонд).

Применение оксида азота ингаляционно требует специальной установки в отличие от внутривенного введения Илопроста. Стоит отметить, что в качестве инотропной поддержки лучше использовать добутамин в дозе 2,5-5.0 мкг/кг/мин, илинорадреналин в дозе 0,05-3.3 мкг/кг/мин, но не стоит использовать дофамин или мезатон. Мезатон в больших дозах сам может вызвать повышение давления в легочной артерии.

Подводя итог, необходимо отметить, что медицинская помощь при ЭАЖ требует от акушеров-гинекологов и анестезиологов-реаниматологов реализации высокого профессионализма.

Своевременная диагностика ЭАЖ и принятие решения о проведении кесарева сечения при остановке сердечной деятельности у беременной возможно лишь в том случае, когда мультидисциплинарная команда работает как одно целое!

Это еще раз подчеркивает необходимость знаний клинических рекомендаций и проведения симуляционных тренингов внутри коллектива для укрепления взаимопонимания и профессионализма.

Клинические рекомендации МЗ РФ 2022 г.
Эмболия амниотической жидкостью



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 тромбозах 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 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.**

РЕКОМЕНДАЦИИ КАМПАНИИ «ПЕРЕЖИВЕМ СЕПСИС» (SSC) И ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД – КАК НАЙТИ БАЛАНС?

Перевод Куликов А.В. - д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии, трансфузиологии ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, вице-президент Ассоциации ААР, член правления ФАР, председатель комитета ФАР по вопросам анестезии и интенсивной терапии в акушерстве и гинекологии (г. Екатеринбург)

Сепсис является основной причиной смерти во всем мире не в последнюю очередь потому, что сложные вмешательства должны быть предоставлены в течение короткого промежутка возможностей. Таким образом, основанные на фактических данных рекомендации по лечению сепсиса являются полезными, обеспечивая общую основу для всех клиницистов, участвующих в принятии решений, независимо от их опыта. Поэтому такие руководящие принципы должны служить всеобъемлющим документом по принципу финансирования. Как указывалось ранее, *«Руководящие принципы являются продуктом явного систематического подхода к оценке и обобщению имеющейся информации по конкретной клинической теме. Они не являются компиляцией истин, но представляют собой краткое изложение того, что принимается авторами как наилучшее имеющееся на тот момент доказательство»*.

Поскольку доказательная база развивается с течением времени, новые руководящие принципы кампании по выживанию сепсиса (Surviving Sepsis Campaign, SSC) являются своевременными и важными. Мы ценим огромное количество времени, затраченное экспертами, которые сформулировали новые руководящие принципы, чтобы предоставить сообществу интенсивной терапии четкий и всеобъемлющий манускрипт. Мы также анализируем проблему предоставления основанных на фактических данных руководящих принципов, когда сила доказательств, доступных для прямых рекомендаций, ограничена. Действительно, подавляющее большинство проведенных рандомизированных контролируемых

исследований (РКИ) за последние три десятилетия в интенсивной терапии, в том числе при сепсисе, не показали значительного положительного влияния тестируемого вмешательства на исходы. На первый взгляд это может просто означать, что множество вмешательств, которые были протестированы, неэффективны. Тем не менее, более вероятно, что подгруппы пациентов, которые получают пользу от специфического лечения, еще не идентифицированы. Часто широкие критерии включения пациентов могут легко привести к размыванию положительных результатов теми, кто не ответил, или к положительным эффектам у некоторых пациентов, компенсированным вредом у других. Неоднородность этого эффекта лечения была четко указана во многих испытаниях.

Тяжелобольные пациенты обычно страдают меньше от одного состояния, чем от сложного физиологического дисбаланса, который не поддается конкретным определениям заболевания. Руководство, которое строго придерживается основных принципов, не обязательно может быть лучшим вариантом. Тем не менее, персонализация ведения этих пациентов требует, чтобы лечащий врач оценил клинические последствия основного заболевания (-й) и отдельных факторов (хроническое состояние здоровья, физиология и физиологические резервы). Кроме того, индивидуальная реакция на вмешательства должна тщательно контролироваться, и, в зависимости от этого ответа и от того, была ли достигнута заранее поставленная цель этого вмешательства, клиницист может принять решение о сохранении или изменении вмешательства

соответствующим образом. Мы полностью признаем, что это требует ресурсов, времени, персонала и прикроватных знаний. Более целесообразно и менее трудоемко принять обобщенный подход, но индивидуализация, безусловно, является основой интенсивной терапии. Когда мы забываем о фундаментальной важности индивидуализированного лечения, конечным результатом является то, что вмешательства не улучшают средние результаты лечения пациентов, особенно смертность. Мы должны признавать и принимать естественную патофизиологическую изменчивость; сепсис не является исключением из этого правила. Сепсис охватывает огромный спектр клинических ситуаций с точки зрения типа пациента, клинической картины и ответа на лечение. Эта вариабельность должна служить для непосредственного клинического управления, позволяя специалисту адаптировать «рекомендуемый» уход в соответствии с конкретными потребностями этого пациента. Как заявил Дэвид Сакетт, отец доказательной медицины: *«Хорошие врачи используют как индивидуальный клинический опыт, так и лучшие доступные внешние доказательства, и ни того, ни другого недостаточно. Без клинического опыта практика рискует стать тиранической из-за доказательств, поскольку даже отличные внешние доказательства могут быть неприменимы или неуместны для отдельного пациента. С другой стороны, без современных наилучших доказательств практика рискует быстро устареть в ущерб пациентам»*.

Загадка заключается в том, как поощрять реализацию руководящих принципов, но в то же время продвигать персонализированную медицину. Новые руководящие принципы предлагают небольшую свободу действий для адаптации рекомендаций к особенностям каждого пациента. Многие из рекомендаций пытаются удовлетворить большинство (если не всех) наших пациентов. Наборы рекомендаций были переведены в пакеты помощи, которые

должны быть применены в жесткие временные рамки к «несчастному» пациенту. Такой подход принес в жертву благородство ради гомогенизации и целесообразности. Некоторое допущение к разрушению шаблона «один размер подходит всем», которое укоренилось в последние два десятилетия, было бы смелым, но долгожданным и своевременным изменением.

Поэтому мы взяли на себя смелость выдвинуть некоторые предложения о том, как руководящие принципы могут быть адаптированы для индивидуализации ухода. Мы полностью признаем, что эти рекомендации в первую очередь основаны на патофизиологических соображениях и клиническом опыте, а не на данных РКИ.

20 рекомендаций по индивидуализации вмешательств при ранней реанимации больных с сепсисом:

1. Мы рекомендуем индивидуализировать сроки поступления в ОРИТ. В идеале, это должно быть в течение нескольких минут у тяжелобольных пациентов, но может быть менее срочным в менее тяжелых случаях. Для всех пациентов не распространяется ограничение по времени. На решение может влиять уровень ухода, доступный в палатах, наличие коек в отделениях интенсивной терапии и, конечно же, физиологический статус и резерв пациента.
2. Мы рекомендуем индивидуализировать решение о поступлении в отделение интенсивной терапии. У многих пациентов развивается сепсис в конце жизни. Пациенты с паллиативной помощью и планами эскалации лечения, которые исключают расширенную поддержку органов, как правило, не должны госпитализироваться в ОРИТ.
3. Мы рекомендуем индивидуализировать сроки антибиотикотерапии. Введение должно быть быстрым при наличии септического шока, но менее срочным в менее тяжелых случаях, что дает больше времени для проведения

исследований, подтверждения диагноза и вероятного источника, а также обращения за консультацией к экспертам.

4. Мы рекомендуем индивидуализировать необходимость и сроки интубации трахеи, основываясь на тщательной клинической оценке, включая уровень сознания, частоту дыхания и работу дыхания, гемодинамический статус и оценку газообмена. Задержка интубации трахеи может привести к остановке дыхания и даже сердца с тяжелыми последствиями, но преждевременное использование инвазивной искусственной вентиляции легких может подвергнуть пациента повреждению легких, вызванному вентилатором, осложнениям отдаленных органов и повышенному риску внутрибольничной инфекции легких.

5. Мы рекомендуем индивидуализировать дыхательные пути у пациентов с механической вентиляцией, включая пиковое давление, дыхательный объем и уровень положительного давления в конце выдоха (РЕЕР) с целью минимально возможной механического воздействия. РЕЕР может быть скорректирован с учетом способности легких к расправлению.

6. Мы рекомендуем индивидуализировать мишени оксигенации с учетом доставки кислорода. Воздействие высоких уровней PaO_2 может быть связано с худшими результатами за исключением, возможно, некротических инфекций. Как правило, следует избегать экстремальных значений оксигенации (слишком консервативных или слишком либеральных).

7. Мы рекомендуем индивидуализировать седативную терапию, признавая, что многие пациенты с сепсисом нуждаются в малой седации или даже вообще не нуждаются в ней. Интубация трахеи сама по себе не является достаточным показанием для введения седативных средств. Седативные агенты снижают тонус сосудов и сократимость миокарда, а также могут изменять иммунную функцию

8. Мы рекомендуем индивидуализировать

первоначальную инфузионную терапию. Ни одна формула не может быть применена ко всем пациентам, так как потребности в жидкости существенно различаются (в зависимости от источника сепсиса и ранее существовавшей сердечно-сосудистой функции). Это особенно верно для предложения вводить не менее 30 мл/кг жидкости в течение первых 3 часов. Молодой пациент без сопутствующих заболеваний с большей вероятностью лучше переносит введение большого объема жидкости, чем хрупкий пожилой пациент с тяжелыми сердечными или почечными заболеваниями.

9. Мы рекомендуем индивидуализировать инфузионную терапию с использованием динамических показателей. Оценка изменения пульсового давления (PPV) или изменения ударного объема (SVV) возможна только у глубоко седативных пациентов с искусственной вентиляцией легких без спонтанного дыхания. Поэтому альтернативные методы для устранения проблем с инфузией или тест пассивного поднятия ног, более широко применимы.

10. Мы рекомендуем индивидуализировать тип вводимой внутривенной жидкости. Например, терапия альбумином может рассматриваться у отечного пациента с глубокой гипоальбуминемией или длительным отсутствием ответа на кристаллоиды.

11. Мы рекомендуем контролировать уровень хлоридов при введении солевых растворов. Солевые растворы не должны быть запрещены, но нужно иметь в виду, что либеральное введение физиологического раствора приводит к гиперхлоремии, а это может привести к ухудшению метаболического ацидоза и почечной недостаточности.

12. Мы рекомендуем индивидуализировать начало вазопрессорной терапии. Предварительная инфузионная терапия может быть согласована в менее тяжелых случаях, тогда как инфузионная терапия параллельно с началом вазопрессоров должна быть предпочтительной в случаях угрожающей

жизни гипотензии или низкого диастолического артериального давления.

13. Мы рекомендуем индивидуализировать уровень артериального давления. Хотя среднее значение 65 мм рт.ст. может быть рекомендовано в качестве первоначальной цели, оптимальный уровень может быть выше у пациентов с гипертонией, атеросклерозом или хроническим заболеванием почек в анамнезе. И наоборот, он может быть ниже у молодых пациентов без предшествующих сосудистых проблем, у пациентов с хронически низким артериальным давлением или у которых поддерживается адекватная перфузия тканей.

14. Мы рекомендуем оптимизировать доставку кислорода на основе клинической оценки, дополненной тщательной гемодинамической оценкой, включая измерение смешанного (или центрального) венозного насыщения кислородом (SvO_2) и даже переменных, полученных из углекислого газа. Низкий уровень SvO_2 в присутствии нормального SaO_2 указывает на повышенную потребность тканей в кислороде. Что еще более важно, высокий SvO_2 при нормальном SaO_2 предполагает нарушение отдачи кислорода оксигемоглобином, что предрасполагает к развитию тканевой гипоксии.

15. Мы рекомендуем мультимодальный подход к оценке перфузии тканей, включая психический статус, диурез, периферическую перфузию и уровень лактата в крови, с учетом физиологического резерва пациента

16. Мы рекомендуем индивидуализировать трансфузию крови. Трансфузия должна основываться не только на измерениях концентрации гемоглобина, но и на клинической оценке, включая сохраняющиеся признаки гипоперфузии тканей, и измерения SvO_2 и лактата.

17. Мы рекомендуем индивидуализировать назначение инотропных агентов, когда гипоперфузия тканей связана с нарушением сердечной функции (документально подтвержденной, по крайней мере, эхокардиографией). Выбор и доза инотропного

препарата должны основываться на индивидуальном гемодинамическом мониторинге с повторными измерениями.

18. Мы рекомендуем индивидуализировать решения о введении кортикостероидов не только при септическом шоке, но и при других состояниях, таких как тяжелая пневмония и ОРДС.

19. Мы рекомендуем привлекать старших коллег и консультантов, тем более что руководства наиболее полезны для неспециалистов. Командная работа, общение и междисциплинарные команды являются важными аспектами. Одна из наиболее всеобъемлющих рекомендаций заключается в том, чтобы обратиться за указаниями к другим коллегам и четко задокументировать обоснование для интервенции - независимо от того, рекомендовано оно или нет в руководящих принципах.

20. Мы рекомендуем тщательно измерять и контролировать эффекты любых предпринятых терапевтических мер и решать, следует ли продолжать или корректировать лечение соответствующим образом.

Путь вперед состоит в том, чтобы быть достаточно смелым, чтобы задаться вопросом, как мы можем добиться большего. Возможно, пришло время перейти от массового подхода, основанного на прагматических исследованиях, выполненных на гетерогенных популяциях, к специализированным исследованиям, позволяющим как анализировать, так и интегрировать информацию, собранную в конкретных фенотипах сепсиса. Мы должны использовать терапевтические подходы, применяя биомаркеры для выявления только тех пациентов, для которых подходит вмешательство, и титровать дозу и продолжительность для достижения оптимального эффекта. Важно отметить, что нам необходимо восстановить применение физиологии и биохимии на переднем крае нашей клинической практики. Возвращаясь к

Сакетту: *«Доказательная медицина — это не медицина «поваренной книги». Внешние клинические доказательства могут информировать, но никогда не могут заменить индивидуальную клиническую экспертизу, и именно эта экспертиза решает, применимы ли внешние доказательства к отдельному пациенту вообще и, если да, то как они должны быть интегрированы в клиническое решение».*

Сепсис явно является одним из случаев, когда *«один размер не подходит всем».*

Vincent JL, Singer M, Einav S, Moreno R, Wendon J, Teboul JL, Bakker J, Hernandez G, Annane D, de Man AME, Monnet X, Ranieri VM, Hamzaoui O, Takala J, Juffermans N, Chiche JD, Myatra SN, De Backer D. Equilibrating SSC guidelines with individualized care. Crit Care. 2021 Nov 17; 25(1): 397.

LANCET

If DYS426 is 12 and DYS392 is not 11, one is probably a member of haplogroup R1b.

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

If DYS426 is 12 and DYS392 is not 11, one is probably a member of haplogroup R1b.

If DYS426 is 11, one is probably a member of haplogroup G, I, or J.

If DYS426 is 11 and DYS388 is 12, one is in the known model haplotype for G shown above.

На острие медицинских технологий



Средства
визуализации



Менеджмент крови



Пульмонология



Анестезиология
и реаниматология



Онкология



Орфанные
заболевания



Уважаемые коллеги!

Всероссийская конференция с международным участием «Жизнеобеспечение при критических состояниях» проводится более 20 лет и является знаковым событием в мире анестезиологии-реаниматологии. Мероприятие ежегодно собирает более 1000 участников из России и зарубежных стран, на ней выступают лидеры ключевых направлений анестезиологии-реаниматологии.

В 2022 году **XXIV Всероссийская конференция с международным участием «Жизнеобеспечение при критических состояниях»** пройдет **11-12 ноября** в смешанном формате: очно на площадке Российского университета дружбы народов с онлайн-трансляцией на платформе <https://criticalconf.ru>.

Программа конференции охватывает наиболее актуальные проблемы анестезиологии-реаниматологии: механизмы развития критических состояний; ведение пациентов в хронических критических состояниях; ранняя реабилитация в нейрореаниматологии; травма, кровопотеря, шок; острая дыхательная недостаточность, искусственная вентиляция легких; экстракорпоральная оксигенация; структурно-функциональные изменения центральной нервной системы при критических состояниях; инфекционные осложнения в реаниматологии, сепсис; экстракорпоральные методы детоксикации; анестезиология-реаниматология в специализированных областях (педиатрия, акушерство-гинекология, сердечно-сосудистая хирургия, нейрохирургия и др.); гемостазиология; современные образовательные технологии в анестезиологии-реаниматологии.

10 ноября в рамках конференции состоятся II Общероссийские соревнования реанимационных бригад **«ЖКС-практикум 2022»**. На площадке НИИ общей реаниматологии им. В.А. Неговского ФНКЦ РР пройдут практические мастер-классы, посвященные различным аспектам анестезиологии-реаниматологии.

Участников ждет насыщенная научная программа, интересные дискуссии, практические сессии. Мы приглашаем Вас принять участие в мероприятии и уверены, что оно будет для Вас в равной степени ярким и полезным!

Подробная информация о конференции представлена на сайте <https://criticalconf.ru>



ОРГАНИЗАТОРЫ

- Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии» (ФНКЦ РР)
- Научно-исследовательский институт общей реаниматологии имени В.А. Неговского ФНКЦ РР
- Общероссийская общественная организация “Федерация анестезиологов и реаниматологов”
- Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов
- Кафедра анестезиологии и реаниматологии с курсом медицинской реабилитации Российского университета дружбы народов
- Кафедра анестезиологии и реаниматологии Московского государственного медико-стоматологического университета имени А.И. Евдокимова
- Общество по изучению шока (Россия)
- Национальный совет по реанимации
- Ассоциация анестезиологов и реаниматологов Узбекистана

ТЕМАТИКИ КОНФЕРЕНЦИИ

- острая дыхательная недостаточность. ИВЛ, экстракорпоральная оксигенация;
- травма, кровопотеря, шок;
- структурно-функциональные изменения ЦНС при критических состояниях;
- инфекционные осложнения критических состояний. Сепсис;
- ведение пациентов в хроническом критическом состоянии;
- ранняя реабилитация в нейрореаниматологии.
- экстракорпоральные методы детоксикации;
- проблема гемостаза в анестезиологии-реаниматологии;
- нутритивная поддержка при критических состояниях;
- анестезиология-реаниматология в специализированных областях (педиатрия, акушерство-гинекология, сердечно-сосудистая хирургия, нейрохирургия и др.);
- механизмы развития критических состояний; экспериментальные исследования в анестезиологии-реаниматологии;
- образовательные технологии в анестезиологии-реаниматологии;

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Технический секретариат конференции

Тел.: +7 (499) 390 34 38

E-mail: criticalconf@confreg.org

<http://criticalconf.ru>

ПРЕОДОЛЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК: НЕКОТОРЫЕ ПРАКТИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ

Перевод Куликов А.В. - д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии, трансфузиологии ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, вице-президент Ассоциации ААР, член правления ФАР, председатель комитета ФАР по вопросам анестезии и интенсивной терапии в акушерстве и гинекологии (г. Екатеринбург)

Были предприняты значительные усилия, чтобы сделать больницы и отделения интенсивной терапии максимально безопасными. Поскольку медицинские работники пытаются справиться с пандемией, в этой статье основное внимание уделяется изучению практических шагов, которые помогут этим работникам лучше справляться с психологическими последствиями при совершении ошибок.

Введение. Случаи ошибок, причины и психологические последствия.

Несмотря на все усилия, направленные на то, чтобы сделать больницы и отделения интенсивной терапии максимально безопасными, в настоящее время существует множество уровней защиты пациентов, однако неблагоприятные события и ошибки все равно происходят. Некоторые из них происходят в больничных палатах и варьируются от ситуаций «на грани промаха», когда событие происходит, но вред не причинен пациенту, до серьезных повреждений, приводящих к необходимости спасения путем госпитализации в отделение интенсивной терапии. Некоторые ошибки происходят в отделениях интенсивной терапии, некоторые приводят к серьезной заболеваемости, а некоторые — к летальному исходу.

Частота врачебных ошибок варьируется в зависимости от того, что входит в их классификацию. Худшие приводят к значительной заболеваемости и смерти пациентов. В отделении интенсивной терапии наиболее распространены ошибки при приеме

лекарств (Foster et al., 2018; Escrivá et al., 2021; Escrivá et al., 2019; Piriou et al., 2017; Roumeliotis et al., 2020; Welters et al., 2011), дозировке, времени, способу введения и взаимодействию лекарственных средств (Foster et al., 2018; Piriou et al., 2017; Roumeliotis et al., 2020). Другие неблагоприятные события связаны с использованием оборудования, развитием нозокомиальных инфекций, связанных с гигиеной рук, введением, уходом и длительностью стояния центральных венозных катетеров, ненадлежащим использованием антибиотиков, пролежнями, самоэкстубацией, повторными госпитализациями в течение 48 часов — и это лишь некоторые из них (Duarte et al. 2015; Welters et al. 2011). Текущее пристальное внимание к безопасности пациентов в больницах и медицинских учреждениях с концепцией «нулевого предотвратимого вреда» получило широкую поддержку, в частности, после рекомендаций Института медицины в их отчете «Ошибки человека» в 1999 году и предложений сделать больницы и отделения интенсивной терапии максимально безопасными. Теперь существует множество уровней, защищающих пациентов от ошибки, которая сможет причинить им вред. Кроме того, исследования выявили огромное количество распространенных источников ошибок на общесистемном уровне, что позволило отдельным больницам и отделениям интенсивной терапии учиться друг у друга, чтобы улучшить свою политику, процессы и клиническую практику. Тем не менее, даже со всеми предпринятыми мерами предосторожности ошибки все еще происходят,

и, возможно, они отличаются по своему характеру и масштабу от тех, что были в прошлом.

В отделении интенсивной терапии явная острота заболевания, сложные потребности, знание лекарств, знание и навыки использования новых технологий, отсутствие достаточного времени между госпитализациями и неспособность адекватно передать ответственность за уход за пациентом в отделении интенсивной терапии и после него. Выписка из специализированного отделения интенсивной терапии может способствовать ошибкам и даже ухудшению результатов для некоторых пациентов (Parsons et al. 2021). В то время как причин труднодостижимого нулевого предотвратимого вреда много, возможно, наиболее очевидная из них заключается в том, что медицинские работники — это люди, которые испытывают стресс в личной и профессиональной жизни, собственные проблемы с психическим и физическим здоровьем, работают в условиях высокого стресса, окружения и борьбы с недосыпанием, особенно если они работают посменно (Arimura et al. 2010). К сожалению, надевание спецодежды и средств индивидуальной защиты (СИЗ), которые превращают бригады интенсивной терапии из людей в медработников, не дает им сверхспособностей или покровов непобедимости в отношении совершения ошибок. Ошибки вызывают значительный психологический стресс примерно у 43% медработников (Seys et al., 2013).

Участие в любой ошибке является очень травмирующим опытом для медработников (Kaur et al. 2019; Pratt and Jachna 2015; Seys et al. 2013), особенно когда они происходят в эмоционально сложных обстоятельствах. То, как медицинские работники переживают ошибки и их последствия, может включать как физические, так и психологические реакции (Kaur et al. 2019; Seys et al. 2013). В одном качественном исследовании, проведенном во Франции, были опрошены 20 врачей

интенсивной терапии и 20 медсестер через месяц после события, и было обнаружено, что 53,8 % испытывают чувство вины, 42,5 % стыда, 37,5 % беспокойства с размышлениями, 20 % сомневаются в собственном профессионализме и 32,5 % теряют уверенность в себе (Laurent и др., 2014). Психологическое воздействие может привести к повышенной бдительности, ощущаемой потребности в самоконтроле или надзоре (Laurent et al. 2014). Хотя гипербдительность и самопроверка — понятная реакция, в крайних случаях это может быть парализующим фактором, что приводит к неспособности действовать или принимать решения. Эмоциональный стресс может привести к дальнейшим ошибкам, выгоранию, сокращению рабочего времени или уходу из профессии (Mazurek et al. 2021). Несмотря на то, что общение с коллегами может помочь, некоторые не способны выразить словами свой опыт, а другие считают, что такой поддержки недостаточно (Kaur et al., 2019; Laurent et al., 2014; Pratt and Jachna, 2015). Некоторые обнаружили, что их способность справляться с такими событиями улучшилась благодаря раскрытию информации и извинениям перед пациентами, прощению и пониманию собственного несовершенства (Kaur et al., 2019; Plews-Ogan et al., 2016). Некоторые использовали ошибку как возможность развивать навыки и знания, участвуя в изменениях для предотвращения повторения, обучая и помогая другим (Laurent et al. 2014; Plews-Ogan et al. 2016), в то время как другие справились, минимизируя ошибку, избегая и отрицая ответственность (Laurent et al. 2014). Хотя эмоции и способы самообладания могут различаться, несомненно то, что для многих психологические последствия участия во врачебной ошибке значительны (Kaur et al., 2019; Pratt and Jachna, 2015; Seys et al., 2013) и могут длиться долго (Laurent et al. 2014; Pratt and Jachna 2015), и даже приводить к завершению карьеры.

Последствия продолжающейся пандемии

Поскольку отделения интенсивной терапии во всем мире борются во время этой продолжающейся пандемии COVID-19 с огромным количеством пациентов и тяжестью их заболеваний, исследования показали, что влияние на их психическое здоровье является значительным с симптомами депрессии 30-57%, тревогой 46-67 %, посттравматическим стрессом 32-54 % и выгоранием более чем у половины членов команды отделения интенсивной терапии (Azoulay et al., 2020a; Azoulay et al., 2020b; Styra et al., 2021). У многих не было времени позаботиться о собственном физическом здоровье (Styra et al. 2021). Бригады интенсивной терапии истощены. Поскольку эта пандемия продолжается, многие отделения интенсивной терапии наблюдают увольнение медработников, что увеличивает нагрузку на тех, кто остается. Многим бригадам интенсивной терапии помогают врачи и медсестры, переведенные из других отделений и частей больницы. Такая помощь высоко ценится, но требует различных уровней и областей надзора со стороны команд отделения интенсивной терапии в зависимости от ранее существовавших знаний и наборов навыков — потребности в надзоре могут меняться ежедневно в зависимости от того, кто был назначен для помощи. Уход и помощь, требуемые от команды отделения интенсивной терапии, чтобы позволить тем, кто пришел на помощь, ухаживать за пациентами с опасными для жизни заболеваниями, могут быть недостижимы из-за большого количества нуждающихся. По мере того, как пандемия продолжается, психическое здоровье членов бригады интенсивной терапии и тех, кто повторно направлен для оказания помощи, вероятно, еще больше ухудшится. Хотя до сих пор этой теме уделялось не так много внимания, хотя в настоящее время проводятся дополнительные исследования, основанные на нашем текущем понимании их причин, нетрудно представить, что частота событий

ошибок также увеличится как следствие разрушительные последствия пандемии.

Поскольку стрессогенные факторы пандемии COVID-19 на сегодняшний день продолжают только увеличиваться с каждым вариантом и «волной» пациентов в критическом состоянии наряду с выбытием медработников из-за болезни, истощения и эмоционального выгорания, можно ожидать увеличения вероятности ошибок (Mazurek et al. 2021). В сочетании с текущими стрессорами влияние ошибочных событий, вероятно, приведет к постоянному увеличению числа выбывающих медработников из отделения интенсивной терапии. Поскольку мы все пытаемся пережить эту пандемию, в данной статье основное внимание уделяется изучению практических шагов, которые помогут медработникам лучше справляться с психологическими последствиями участия в ошибке.

Как справляться с ошибками: практические шаги для медработников и организаций

После того как физическая, висцеральная реакция на совершенную ошибку прошла, важно помнить, что при всех уровнях мер безопасности, применяемых сегодня в отделении интенсивной терапии, редко происходит так, чтобы неблагоприятное событие произошло и достигло пациента без сбоев, происходящих на нескольких уровнях. В то время как отдельный медработник мог быть «последним стержнем» в нарушенных мерах безопасности, обычно имеет место ряд ошибок, и вряд ли какой-либо один медработник будет нести единоличную ответственность. Имея руководящую роль в группе быстрого реагирования и участвуя во многих разборах критических инцидентов, а также в анализе первопричин критических ошибок, по нашему опыту, последняя веха в нарушении безопасности часто изначально не знает обо всех предыдущих сбоях в системе, защита, которая не сработала до того как произошла последняя ошибка и достигла пациента.

Принятие на себя единоличной ответственности, когда это не отражает реальной ситуации, поскольку один из них является наиболее ответственным врачом, осуществляющим реанимацию пациента, — это самоотверженный подход и психологически нездоровый способ решения проблемы. Такой подход может привести к большему психологическому стрессу, чем это оправдано, и может затруднить восстановление после события. Чувство высшей ответственности в течение многих лет подкреплялось больничной политикой и практикой, которые требуют, чтобы врач сообщал об ошибке пациенту и/или его семье, принимая на себя основную тяжесть реакции, в то время, когда врачи мало или вообще не обучались этому, и когда события обычно многофакторны. Признавая истинную природу событий ошибок, лучшим способом продвижения вперед было бы проведение более формализованного обучения своевременному раскрытию происхождения ошибок.

Чтобы по-настоящему понять психологическое воздействие события ошибки, нам необходимо понять концепцию самоидентификации. Для многих медработников, которые потратили много лет на обучение, работали все больше и больше, добровольно вызвались на дополнительные смены и готовы к повторному использованию в условиях этой пандемии, их профессиональная самоидентификация тесно переплетена и даже определяет, кем они являются. как человек. По этой причине событие-ошибка, причинившее вред, для многих является экзистенциальным кризисом. Акцент на цели «ноль предотвратимых ошибок» может усугубить чувство неудачи и вызвать у медработников ощущение, что они подвели своих коллег и организацию. Вопросы самоидентификации и восприятия себя как неудачника могут еще больше усугубиться, когда раскрытие информации сопровождается гневом и угрозами межличностного насилия и/или юридических последствий. В то время как некоторые нашли поддержку в возможности

обсудить событие с коллегами, многие могут чувствовать себя некомфортно при этом (Laurent et al. 2014; Plews-Ogan et al. 2016) из-за опасения последствий, восприятия их психического здоровья, преодоления навыков в областях, где гордятся своей стойкостью или опасаются, что их осудят, если их рабочая среда является новой, не поддерживающей по своей природе или если у них были другие проблемы в прошлом. Понимание психологических последствий ошибки как для личной, так и для профессиональной идентичности имеет решающее значение для возможности восстановления после таких событий. К сожалению, медработники часто воспринимаются как профессионалы в одном измерении, и существование человека внутри профессионала либо не признается, либо не придается этому значения, необходимого для того, чтобы справиться со сложными событиями. Никто не идет работать в здравоохранение, чтобы причинить вред тому, кто уже борется с болезнью. Ничто не является безошибочным, и, если медработник не совершал ошибку в прошлом, он, вероятно, совершит ошибку в будущем. Помнить об этих двух истинах крайне важно для создания и поддержания благоприятной рабочей среды.

Еще один способ сформулировать психологическое воздействие ошибочных событий — вернуться к иерархическим потребностям Маслоу, которые мы использовали в предыдущей статье (Hawryluck and Styra 2021). Мы обсудили, как можно лучше поддерживать психическое здоровье, способность справляться с трудностями и устойчивость медицинских работников как в личном, так и в профессиональном плане во время нынешней пандемии (Maslow, 1954). Маслоу описал людей как имеющих пять иерархических категорий потребностей, основанных на ценностях: физиологические потребности, потребности в безопасности, любви и принадлежности, потребности в уважении и потребности в самореализации (Maslow, 1954). По его теории, если самые

основные физиологические потребности, потребности в безопасности, принадлежности и уважении не удовлетворены, может возникнуть психологический вред. Исследования выявили негативное влияние ошибочных событий на собственное восприятие медработниками собственной ценности. Если коллеги и члены команды не справляются с этим, ошибка может стать прямым вызовом необходимости принадлежать и быть уважаемым как в качестве профессионала, так и, опять же, ввиду того, насколько переплетена концепция идентичности для медработников, как личность. Таким образом, благоприятная среда для преодоления ошибки – это среда, в которой постоянно разъясняется, что задействованные в ней медицинские работники не потеряли свою ценность в глазах своих коллег и друзей. Поддерживающая среда — это та, которая не стремится еще больше умалить профессионала или человека, возлагая вину, а скорее та, которая использует дух исследования, чтобы найти понимание того, что произошло, и стремится затем найти превентивные решения.

Анализ критических происшествий показывает, что одной из частых причин возникновения ошибки в реанимации является потеря ситуационной осведомленности (Schulz et al., 2016). Некоторые из наиболее эффективных способов помочь медицинскому персоналу понять событие ошибки могут быть достигнуты путем критического анализа инцидента и анализа основных причин события (Mitchell and Schuster, 2016; van der Starre et al. 2014). К обоим процессам обычно относятся с некоторым трепетом со стороны медработников, которые обычно редко сталкиваются с ними во время обучения. Оба метода могут исследовать последовательность событий, то, как событие ошибки нарушило действующие меры безопасности, помочь каждому медицинскому работнику понять свою роль в нарушениях, почему меры безопасности не сработали и какой вред можно отнести к событию (van der Starre et al. 2014). В процессе анализа первопричин опрашивают

медработников, вовлеченных в события ошибок, путем прохождения последовательности событий с участием каждого вовлеченного медработника и обсуждения с экспертом по содержанию с целью понять, как индивидуальное и коллективное критическое мышление, и ситуационная осведомленность могут переплестись и способствовать мероприятию. Анализ первопричин позволяет гораздо глубже и тщательнее исследовать события ошибок и, ввиду их трудоемкого характера, как правило, используется для событий, в которых вред считается более серьезным по своей природе. Для медработников анализ первопричин является одной из немногих возможностей непрерывного образования, специально предназначенных для них и предоставляемых для изучения их собственного критического мышления и понимания роли неопределенности в принятии решений. Он моделирует и обучает предубеждениям индуктивного мышления и определяет роль «кто, как и почему» в раскрытии мыслительных процессов, которые могут повлиять на объем дифференциальной диагностики, исследований и лечения пациентов в режиме реального времени. Интеграция анализа первопричин в обучение интенсивной терапии будет соответствовать многим из ранее обозначенных стратегий, определенных (Hayes et al. 2017) для улучшения критического мышления стажеров и персонала интенсивной терапии. Если к этим разборам подходить в «безопасном пространстве безопасным образом», понимание своего фактического вклада в то, как что-то пошло не так, может стать возможностью для личного и профессионального роста и участия в отстаивании изменений, участия в решении проблем и выработке решений, что потенциально может восстановить у медработников чувство принадлежности, уважения со стороны сверстников и, что еще более важно, может стать способом восстановления самоуважения и уверенности в себе.

Анализ критических происшествий и первопричин может привести к очень практическим изменениям в политике, практике и процедурах, которые могут помочь предотвратить будущие события (Van der Starre et al. 2014), но они не полностью реализовали свой потенциал для этого (Mitchell and Schuster, 2016). Широкое включение того, что они обнаруживают в непрерывном образовании будущих медработников, возможно, менее эффективно и систематически осуществляется в любой конкретной организации здравоохранения (Mitchell and Schuster, 2016). Это может измениться в будущем. В реанимации критическое мышление в кризисной ситуации требует ситуационной осведомленности и командной работы для предотвращения ошибок. Исследования показали, что обучение на основе моделирования может улучшить как командную работу, так и ситуационную осведомленность, уменьшая количество ошибок в сценариях реанимации (Chang et al. 2017; Cheng et al. 2012; Davis et al. 2021; Parush et al. 2017). В будущем было бы интересно использовать моделирование ошибочных событий в качестве образовательного метода и интегрировать процессы анализа первопричин во время подведения итогов, чтобы способствовать персонализированному обучению стажеров и команд диагностическим предубеждениям, взаимодействию критического мышления, коммуникации и ситуационной осведомленности, и необходимым навыкам (Hayes et al. 2017). Мы предполагаем, что при правильном проектировании это может стать мощным инструментом в обучении предотвращению ошибок и повышению безопасности пациентов.

Тем не менее, для многих, если не для большинства, участие в ошибке может быть психологически разрушительным. Ошибка — это хорошее время для самопроверки своего физического и психического здоровья, а также для изучения текущей рабочей нагрузки и баланса между работой и личной жизнью

(Mazurek et al. 2021). Для всех нас важно понимать необходимость брать и давать друг другу возможности отдыхать, удовлетворять собственные потребности и перезаряжаться. Как показали исследования, случаи ошибок происходят чаще, когда медработники имеют дело с собственными проблемами психического и физического здоровья (Mazurek et al. 2021). С чувствами вины, стыда, тревогой, депрессией и посттравматическим стрессом, возникающими после ошибки, может быть очень сложно справиться, и они будут усиливать психологические последствия, особенно в нынешние напряженные времена в сфере здравоохранения. Даже если разговор с коллегами может показать, что это нормальная реакция, справиться с этим непросто. Нормально нуждаться в профессиональной помощи и обращаться за ней. Медицинские бригады и больницы должны располагать легкодоступными ресурсами для обеспечения своевременных вмешательств, чтобы помочь медработникам выздороветь и предотвратить долгосрочные психологические травмы. Было бы полезно предложить превентивную поддержку, чтобы медработники могли изучить свой психологический стресс и вместе с профессионалом определить, требуется ли дальнейшая поддержка.

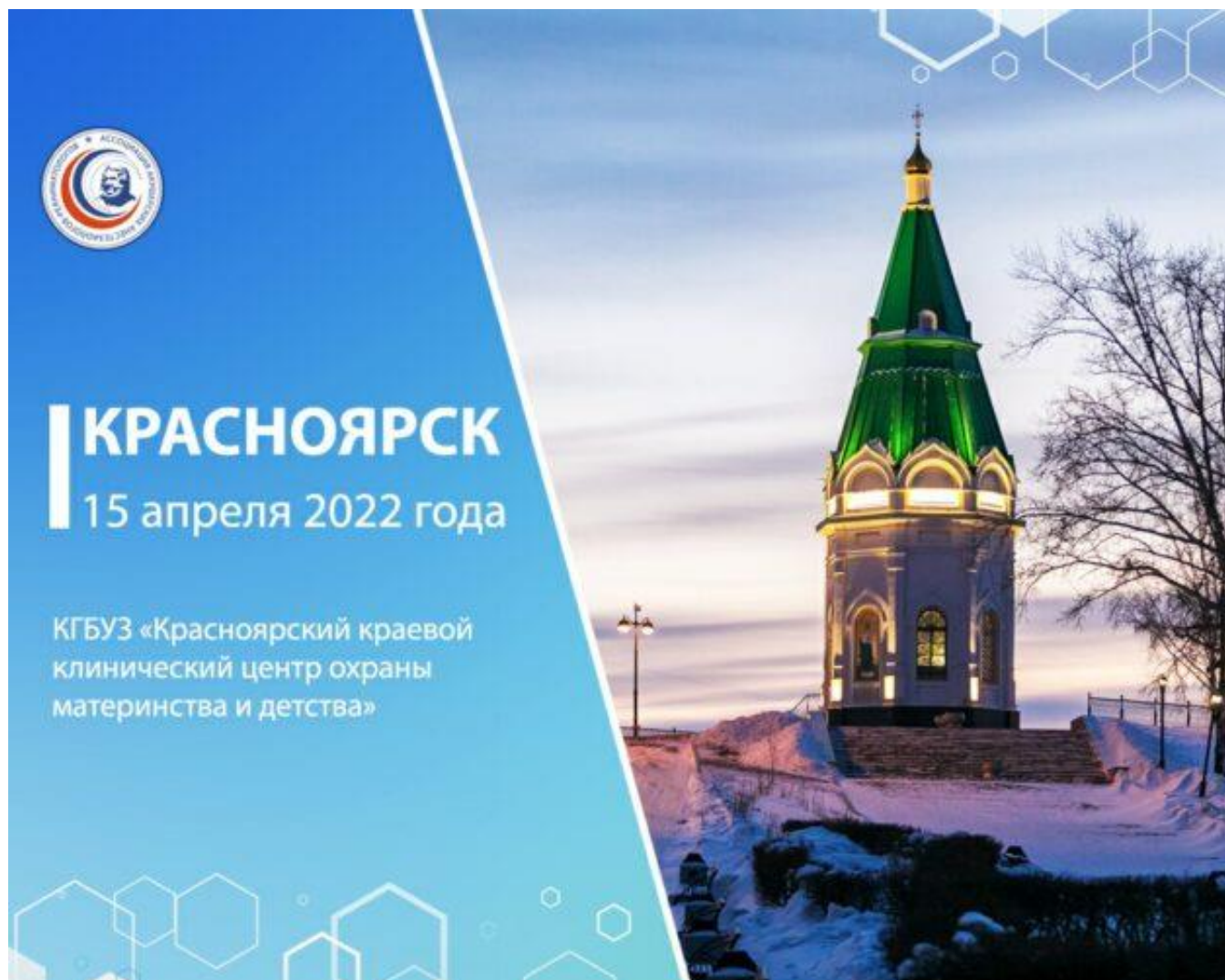
Несмотря на то, что были предприняты значительные усилия для повышения безопасности пациентов, а также для понимания и уменьшения количества ошибок, исследованиям, направленным на понимание психологического воздействия ошибок на медработников, необходимо уделить больше внимания. Теперь, когда пандемия продолжает бушевать, медицинские работники наблюдают растущую рабочую нагрузку, поскольку их коллеги уходят с поля, поскольку другие не могут работать из-за болезни или нуждаются в самоизоляции, поскольку количество случаев заболевания растет в их собственной системе здравоохранения и во всем мире. Кроме того, во многих центрах возникает дополнительный стресс, поскольку медработники все чаще

подвергаются угрозам и запугиванию со стороны разочарованной публики, ожидающей тестирования, вакцинации или ухода. Другие получают угрозы за попытки отстаивать меры общественного здравоохранения в социальных сетях. Ввиду постоянно растущей нехватки человеческих ресурсов, многие больницы рассматривают возможность принятия политики, которая будет просить, поощрять или обязывать медработников с COVID-позитивным статусом, не имеющих симптомов или с легкими симптомами, вернуться к работе. Исследования показали корреляцию между физическим и психическим здоровьем и ошибками. Даже перед лицом проблем с человеческими ресурсами на этой фазе пандемии способы поддержания основных потребностей медработников — в рамках Маслоу, физиологических потребностей и

потребностей в безопасности — должны быть срочно устранены, иначе станет больше ошибок. Лучшее понимание психологических последствий таких событий, а также оказание поддержки и помощи в восстановлении после них имеют решающее значение для системы здравоохранения не только для поддержания качества предоставляемой помощи, но, что более важно в настоящее время, для существенной демонстрации своих ценностей, своих медработников, чтобы сохранить высококвалифицированный персонал.

Hawryluck L., Styra R. Coping With the Psychological Impact of Medical Errors: Some Practical Strategies ICU Management & Practice, Volume 22 - Issue 1, 2022

Следующий форум...



УДК 618.5-089.888.61-089.168.15

DOI: <https://doi.org/10.17816/JOWD65171>

Применение программы ускоренного восстановления при кесаревом сечении (обзор литературы)

О.В. Рязанова¹, Е.М. Шифман², А.А. Олина^{1,3}, Ю.С. Александрович⁴, Д.Р. Меджидова⁵,
В.О. Ежова¹, И.Ю. Коган¹

¹ Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта, Санкт-Петербург, Россия;

² Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия;

³ Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия;

⁴ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Россия;

⁵ Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала, Россия

Операция кесарева сечения является наиболее распространенным хирургическим вмешательством во всем мире, в связи с чем разработка и внедрение программы ускоренного восстановления становится все более актуальными. Для внедрения программы ускоренного восстановления в практическую деятельность необходимы мультидисциплинарное взаимодействие и слаженная работа анестезиолога, акушера-гинеколога и среднего медицинского персонала с привлечением других специалистов. В приведенном обзоре мы изучили полученные к настоящему времени данные отечественных и зарубежных статей, посвященных применению концепции ранней активизации после кесарева сечения. Особое внимание уделено вопросам ведения пациенток на всех этапах периоперационного периода, в частности предоперационной подготовке и повышению информированности женщин, а также послеоперационному ведению. В освещаемых работах выбраны такие критерии программы, как максимальное сокращение интервала голодной паузы, раннее прикладывание новорожденного к груди, применение мультимодальной аналгезии в послеоперационном периоде, активизация рожениц в наиболее кратчайшие сроки после операции, сокращение сроков пребывания в стационаре. Рассмотренные публикации свидетельствуют о положительном влиянии данной программы на материнские и младенческие исходы и в то же время указывают на существующую потребность в более подробном дополнительном изучении отдельных вопросов и стандартизации методов программы ускоренного восстановления.

Ключевые слова: кесарево сечение; программа ускоренного восстановления; акушерство и гинекология; хирургия fast-track.

Как цитировать:

Рязанова О.В., Шифман Е.М., Олина А.А., Александрович Ю.С., Меджидова Д.Р., Ежова В.О., Коган И.Ю. Применение программы ускоренного восстановления при кесаревом сечении (обзор литературы) // Журнал акушерства и женских болезней. 2021. Т. 70. № 6. С. 127–138. DOI: <https://doi.org/10.17816/JOWD65171>

Полная версия статьи на [сайте](#) журнала

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Научная статья

<https://doi.org/10.23934/2223-9022-2022-11-1->

Возможности тромбоэластографии при оценке безопасности нейроаксиальных блокад при гестационной тромбоцитопении (клиническое исследование)

Е.Н. Плахотина¹✉, Т.Н. Белоусова¹, Н.Б. Кузина¹, А.Н. Кузовлев², Е.В. Брянцев¹

Отделение анестезиологии и реанимации

¹ ГБУЗ Московской области «Видновский перинатальный центр»

Российская Федерация, 142700, Видное, Московская область, ул. Заводская, д. 17

² НИИ общей реаниматологии им. В.А. Неговского, Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии

Российская Федерация, 10703, Москва, ул. Петровка, д. 25, стр. 2

✉ Контактная информация: Плахотина Елена Николаевна, доктор медицинских наук, заведующая отделением анестезиологии и реанимации ГБУЗ МО «ВППЦ». E-mail: enp2004@inbox.ru

ВВЕДЕНИЕ

Гестационная тромбоцитопения (ГТ) является наиболее распространенным видом тромбоцитопении во время беременности. В отличие от других видов тромбоцитопении она не сопровождается нарушением функции клеточного звена гемостаза. В настоящее время количественное снижение тромбоцитов при ГТ является противопоказанием к проведению нейроаксиальных блокад (НАБ), что значительно снижает качество оказания помощи в родах.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить возможности безопасного применения НАБ при ГТ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В ретроспективно-проспективном исследовании приняли участие 70 пациенток, родоразрешенных в зависимости от акушерских показаний консервативным или оперативным путем. Пациентки были разделены на две группы. В основную группу (группа № 1) вошли 35 пациенток с ГТ. Группу сравнения (группа № 2) составили 35 пациенток с содержанием тромбоцитов в крови выше $150 \times 10^9/\text{л}$. Проведен сравнительный межгрупповой анализ показателей общего анализа крови, коагулограммы, тромбоэластографии с выполнением теста на функциональный фибриноген перед родами и через 2 дня после родоразрешения. Ретроспективно проанализированы изменение содержания тромбоцитов и его влияние на коагуляционный статус пациенток в течение беременности. Проведена сравнительная оценка объемов кровопотери в родах и раннем послеродовом периоде и риска развития осложнений НАБ у пациенток с ГТ и без нее. Выявлено, что при ГТ в перинатальном периоде не происходит снижения коагуляционного потенциала, оцениваемого по результатам коагулографии и тромбоэластографии при уровне тромбоцитов выше $49 \times 10^9/\text{л}$. Исследованные показатели гемостаза не имели значимых межгрупповых различий в течение беременности и родов. В группе пациенток с ГТ объем кровопотери в родах и послеродовом периоде не отличался от группы без тромбоцитопении независимо от метода родоразрешения. Медиана кровопотери после родов через естественные родовые пути в группе № 1 составила 225 мл, в группе № 2 – 250 мл, при абдоминальном родоразрешении – 572 мл и 386 мл соответственно. В проведенном исследовании не зафиксировано каких-либо осложнений НАБ ни в одной из групп.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты позволяют предположить, что у пациенток с ГТ даже при значительном снижении содержания тромбоцитов возможно выполнение НАБ в родах с учетом клинической картины и отсутствия нарушений коагуляции, подтвержденных тромбоэластографией.

Ключевые слова:

гестационная тромбоцитопения, нейроаксиальная блокада, тромбоэластограмма, функциональный фибриноген, эпидуральная гематома

Ссылка для цитирования

Плахотина Е.Н., Белоусова Т.Н., Кузина Н.Б., Кузовлев А.Н., Брянцев Е.В. Возможности тромбоэластографии при оценке безопасности нейроаксиальных блокад при гестационной тромбоцитопении (клиническое исследование). *Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь*. 2022;11(1):00–00. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2022-11-1->

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Благодарность, финансирование

Исследование не имеет спонсорской поддержки

Полная версия статьи на [сайте журнала](#)

ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2021, том 20, №6, с. 20–28
Gynecology, Obstetrics and Perinatology, 2021, volume 20, No 6, p. 20–28

DOI: 10.20953/1726-1678-2021-6-20-28

Эффективность и безопасность применения терлипрессина при кесаревом сечении у беременных с высоким риском кровотечения: многоцентровое всенаправленное когортное исследование Terli-Bleed. Часть III

Ю.С.Распопин^{1,2}, Е.М.Шифман³, А.А.Белинина⁴, А.В.Ростовцев⁵, Н.В.Артымук⁶, А.С.Оленев^{7,8}, В.Б.Цхай^{2,9}, Ю.С.Александрович¹⁰, И.В.Молчанова⁴, О.Н.Новикова⁶, Н.Ю.Пылаева¹¹

¹Краевой клинический центр охраны материнства и детства, Красноярск, Российская Федерация;

²Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого, Красноярск, Российская Федерация;

³Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского, Москва, Российская Федерация;

⁴Алтайский краевой клинический перинатальный центр, Барнаул, Российская Федерация;

⁵Городская клиническая больница скорой медицинской помощи №8, Воронеж, Российская Федерация;

⁶Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Российская Федерация;

⁷Городская клиническая больница №24, Москва, Российская Федерация;

⁸Медицинский институт Российского университета дружбы народов, Москва, Российская Федерация;

⁹Федеральное медико-биологическое агентство России, Москва, Российская Федерация;

¹⁰Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Российская Федерация;

¹¹Крымский федеральный университет им. В.И.Вернадского, Симферополь, Российская Федерация

Поиск новых средств профилактики и лечения массивных акушерских кровотечений является приоритетной задачей мирового научного сообщества, как акушеров, так и анестезиологов. Ранее мы показали профилактическую эффективность терлипрессина, позволяющую снизить объем кровопотери при операции кесарева сечения (КС), и отсутствие у него системных гемодинамических эффектов при местном применении.

Цель. Оценить изменения клинико-лабораторных показателей при местном применении терлипрессина в качестве средства профилактики развития послеродовых кровотечений во время операции КС у беременных высокой группы риска.

Пациенты и методы. Эта работа является продолжением нашего многоцентрового всенаправленного когортного исследования Terli-Bleed. В исследование были включены 454 беременные женщины высокой группы риска по развитию кровотечения, родоразрешенные операцией КС, которые были поделены на две группы: контрольную ($n = 351$) и исследуемую ($n = 103$), с локальным применением терлипрессина, вводимого в толщу миометрия. Проводилась оценка развернутого анализа крови, кислотно-основного состояния крови, показателей лактата и системы гемостаза.

Результаты. Показатели уровня гемоглобина, тромбоцитов, фибриногена, лактата и pH крови различаются в группах на этапе послеоперационного наблюдения ($p < 0,05$).

Заключение. Анализ клинико-лабораторных показателей указывает на способность терлипрессина профилактически снижать объем интра- и послеоперационной кровопотери при отсутствии влияния на систему гемостаза.

Ключевые слова: терлипрессин, кесарево сечение, послеродовая кровопотеря, клинико-лабораторные показатели

Для цитирования: Распопин Ю.С., Шифман Е.М., Белинина А.А., Ростовцев А.В., Артымук Н.В., Оленев А.С., Цхай В.Б., Александрович Ю.С., Молчанова И.В., Новикова О.Н., Пылаева Н.Ю. Эффективность и безопасность применения терлипрессина при кесаревом сечении у беременных с высоким риском кровотечения: многоцентровое всенаправленное когортное исследование Terli-Bleed. Часть III. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2021; 20(6): 20–28. DOI: 10.20953/1726-1678-2021-6-20-28

Полная версия статьи на [сайте](#) журнала



II НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

«Здоровье женщины, плода, новорожденного»

посвященная 225 летию ФГБНУ «НИИ АГР им. Д.О. Отта»
21-23 апреля 2022

Регистрация на конференцию



WWW.ARFPOINT.RU

Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов
Obstetrical Anesthesiologists Intensivists Association

ISSN 2686-8032 (Online)

online журнал

Вестник акушерской анестезиологии

online journal **Obstetric Anesthesia Digest**

№3 (53)

2022

Март

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

№3(53) Март 2022

№3(53) March 2022

Вестник акушерской анестезиологии

Obstetric anesthesia digest