



WWW.ARFPPOINT.RU

Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов
Obstetrical Anesthesiologists Intensivists Association

ISSN 2686-8032 (Online)

online журнал

Вестник акушерской анестезиологии **№9 (59)**
2022
online journal **Obstetric Anesthesia Digest** Сентябрь


САНКТ-ПЕТЕРБУРГ
23 - 24 сентября 2022 года
**V СЪЕЗД
АССОЦИАЦИИ ААР**
Отель «Москва»
Зал «Кремлёвский»

№9(59) Сентябрь 2022
№9(59) September 2022

Вестник акушерской анестезиологии
Obstetric anesthesia digest



online журнал
Вестник акушерской анестезиологии №9 (59)
2022
online journal **Obstetric Anesthesia Digest** Сентябрь

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, к.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. Schifman, Prof. (Moscow, Russia)*

Deputy chief editor: *A.V. Kulikov, Prof. (Ekaterinburg, Russia)*

A.M. Ovezov, Prof. (Moscow, Russia)

Science editor: *A.M. Ronenson, PhD (Tver, Russia)*

Editorial board: *I.S. Abazova, PhD (Nalchik, Russia)*

S.V. Barinov, Prof. (Omsk, Russia)

A.Z. Bayaliev, Prof. (Kazan, Russia)

T.E. Belokrinitskaya, Prof. (Chita, Russia)

S. I. Blauman, PhD (Omsk, Russia)

V.E. Radzinsky, Prof.

(Moscow, Russia)

E.V. Roytman, Prof. (Moscow, Russia)

V.A. Rudnov, Prof. (Ekaterinburg, Russia)

G. P. Tikhova (Petrozavodsk, Russia)

K.G. Shapovalov, Prof. (Chita, Russia)

Foreign members of the Editorial board: *A. M. Ioscovich, Prof. (Jerusalem, Israel)*

J. Punj, Prof (New Delhi, India)

Journal director: *E.M. Schifman, Prof. (Moscow, Russia)*

Proofreader: *T.N. Moroz (Moscow, Russia)*

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

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



Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов
Obstetrical Anesthesiologists Intensivists Association

ISSN 2686-8032 (Online)

online журнал

Вестник акушерской анестезиологии **№9 (59)**
Содержание **2022**

Статья **online journal Obstetric Anesthesia Digest** Сентябрь Стр.

Средства профилактики и лечения гипертермии, вызванной
эпидуральной анальгезией родов: систематический обзор и 4
метаанализ

Итоги V съезда Ассоциации ААР 7

Данные комитетов по материнской смертности в 36 штатах США,
2017–2019 гг. 14

Дайджест публикаций 15

СРЕДСТВА ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТЕРМИИ, ВЫЗВАННОЙ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИЕЙ РОДОВ: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР И МЕТААНАЛИЗ

Введение

Гипертермия в родах является обычным явлением и может быть связана с инфекционными причинами, использованием эпидуральной анальгезии или факторами окружающей среды, такими как отапливаемые родильные залы. За последние два десятилетия эпидуральная анальгезия стала более популярной: показатели колеблются от 10% до 83%. У рожениц, получающих эпидуральную анальгезию, частота гипертермии доходит до 15-25%. Гипертермия, связанная с эпидуральной анальгезией (ГЭА), часто наблюдается у рожениц и отсутствует у небеременных женщин или даже у беременных, получающих эпидуральную анестезию для планового кесарева сечения.

Несмотря на то, что ГЭА впервые была идентифицирована в 1989 году, основная ее причина остается в значительной степени неясной. Были предложены различные механизмы, в том числе нарушение терморегуляции симпатической блокадой, системное введение опиоидов, по сравнению с отсутствием гипертермии у тех, кто не получал эпидуральную анальгезию, а в последнее время — воспалительные процессы.

В настоящее время двумя основными механизмами-кандидатами, подтвержденными научными данными, являются подавление потери тепла кожей и «стерильное» воспаление в результате воздействия непрерывной инфузии местного анестетика, опосредованное повышением уровня провоспалительных цитокинов, например, интерлейкина-6 (ИЛ-6) на клеточном уровне.

Был оценен ряд профилактических вмешательств при лечении ГЭА, основанных на различных предположениях об основном механизме, включая прерывистое введение

местного анестетика (МА) при эпидуральной анальгезии по сравнению с непрерывной инфузией МА, снижение дозы МА, профилактическое введение НПВС парацетамола. Использование антибиотикопрфилактики также было исследовано, чтобы выяснить, является ли инфекция причиной ГЭА и эффективны ли антибиотики для снижения ее частоты.

ГЭА - малоизученная проблема, предыдущие систематические обзоры были сосредоточены на подтверждении связи между эпидуральной анальгезией и развитием гипертермии у роженицы или оценке последствий гипертермии на мать и новорожденного. В другом систематическом обзоре сравнивалось использование внутривенного ремифентанила (*препарат не зарегистрирован на территории РФ*) в качестве альтернативы эпидуральной анальгезии, но методы профилактики или лечения, когда эпидуральная анальгезия уже проводится или неизбежна из-за показаний к обезболиванию, систематически не рассматривались. Целью этого систематического обзора являлась оценка доказательств РКИ, сравнительной эффективности мер профилактики или лечения развития ГЭА.

Полученные результаты

Частота интранатальной гипертермии

В 13 исследованиях, состоящих из 4290 рожениц, снижение дозы МА уменьшало частоту интранатальной гипертермии на 26% (OR = 0,74; 95% ДИ 0,58-0,94). Чтобы оценить надежность этих результатов, был проведен анализ чувствительности, за исключением исследований, оцененных как имеющие высокий риск систематической ошибки. В

оставшихся семи исследованиях, состоящих из 857 рожениц, не было обнаружено, что методы снижения эпидуральной дозы МА статистически значимо уменьшали частоту интранатальной гипертермии, поскольку 95% ДИ включал нулевой эффект (OR=0.83, 95% ДИ 0,41-1,67).

В восьми исследованиях, включающих 2163 роженниц, оценивались альтернативные методы анальгезии (кроме эпидуральной) и по сравнению с эпидуральной анальгезией альтернативные методы обезболивания снижали частоту интранатальной гипертермии на 54% (OR = 0,46; 95% ДИ 0,32–0,66). Анализ подгрупп шести исследований, включающих 1515 рожениц, в которых сравнивали внутривенное введение опиоидов с эпидуральной анальгезией, выявил большую гетерогенность ($I^2 = 37\%$) и обнаружил, что внутривенное введение опиоидов снижает частоту интранатальной гипертермии на 53% по сравнению с эпидуральной анальгезией (OR=0,47; 95% ДИ 0,30–0,74).

В трех исследованиях, включавших 270 рожениц, частота интранатальной гипертермии снижалась на 81%, когда эпидуральная анальгезия применялась с профилактической дозой стероидов, по сравнению с отсутствием стероидов или применением плацебо (OR=0,19; 95% ДИ 0,05–0,71). В трех исследованиях, включавших 221 рожениц, использование парацетамола в профилактических целях в дополнение к эпидуральной анальгезии не приводило к статистически значимому снижению частоты интранатальной гипертермии по сравнению с плацебо или отсутствием препаратов (OR=0,71; 95% ДИ 0,33-1,53).

Частота неонатального сепсиса

В пяти исследованиях сообщалось о частоте оценки неонатального сепсиса, только в одном из них сообщалось о достоверном различии высоких доз стероидов, значительно снижающих частоту сепсиса по сравнению с плацебо ($P = 0,01$). Два исследования были

оценены, как имеющие низкий риск смещения и показали, что профилактическое введение стероидов статистически значимо снижает частоту выявления неонатального сепсиса (2/49 против 18/101; $P = 0,01$) по сравнению с группой плацебо, а одно исследование не обнаружило, что профилактическое назначение антибиотиков статистически значимо повлияло на частоту неонатального сепсиса по сравнению с плацебо.

Маркеры воспаления

Во всех исследованиях сообщалось об оценке трех различных маркерах воспаления у роженицы. Одно исследование сообщило об анализе С-реактивного белка, а четыре исследования сообщили об анализе фактора некроза опухоли (TNF)-альфа, IL-6 или обоих сразу. Поскольку в четырех исследованиях оценивались три различных типа вмешательств, сравнение между ними было невозможно. В четырех исследованиях сообщалось о неонатальных маркерах воспаления, IL-6 в пуповинной крови, ни в одном из которых не наблюдалось статистически значимой разницы между группами вмешательства.

Интерпретация результатов метаанализа

Вывод о том, что снижение дозы местного анестетика, вводимого при эпидуральной анальгезии, может снизить частоту интранатальной гипертермии, подтверждается результатами обсервационных исследований, в которых сообщается о корреляции, зависящей от времени и дозы между эпидуральной анальгезией и развитием интранатальной гипертермии. Дальнейшие исследования также подтвердили связь между продолжительностью эпидуральной анальгезии и развитием интранатальной гипертермии. Lieberman и соавторы наблюдали, что среди рожениц, получивших эпидуральную анальгезию, частота гипертермии увеличилась с 7% при родах менее 6 часов до 36% при родах более 18 часов, а Yin и Hu отметили, что роды менее 6

часов с эпидуральной анальгезией не увеличивают риск развития гипертермии, но этот риск значительно возростал, когда эпидуральная анальгезия длилась более 6 часов. Эти данные подтверждают концепцию о том, что общая доза местного анестетика играет важную роль в механизме развития интранатальной гипертермии, поскольку, чем дольше эпидуральная анальгезия проводится, тем выше полученная доза. Более высокая общая доза местного анестетика, вероятно, может вызвать большее высвобождение провоспалительных цитокинов, способствуя гипертермии.

Исследования, специально изучающие эффект уменьшения дозы местного анестетика, продемонстрировали снижение частоты гипертермии и подтверждают это предположение. Эпидуральная анальгезия большей продолжительности не только де-факто связана с более высокой дозой местного анестетика, но и может увеличить потерю тепла за счет длительной симпатической блокады, как одно из возможных объяснений эпидуральной гипертермии.

Рекомендации для клинической практики

Доказательства того, что альтернативные методы эпидуральной анальгезии снижают гипертермию у роженицы, теряют актуальность после того, как роженица приняла решение сделать выбор в пользу нейроаксиального

обезболивания или это было рекомендовано клиническими обстоятельствами. На практике можно рассмотреть методы снижения общей дозы местного анестетика для эпидуральной анальгезии в родах с одновременной оптимизацией обезболивания. В течение нескольких десятилетий наблюдался устойчивый прогресс в направлении низкодозированной эпидуральной анальгезии, главным образом, из-за желания уменьшить побочные эффекты со стороны роженицы, такие как моторная блокада. Текущие данные не поддерживают использование каких-либо дополнительных вмешательств для предотвращения развития ГЭА.

Хотя было обнаружено, что высокие дозы стероидов эффективны в снижении частоты гипертермии, их связь с повышенной частотой неонатальной бактериемии исключается, как безопасный вариант. Эпидуральная анальгезия остается безопасным и эффективным методом обезболивания родов, и роженицы должны продолжать использовать этот метод обезболивания, если они того пожелают.

Cartledge A, Hind D, Bradburn M, Martyn-St James M, Davenport S, Tung WS, Yung H, Wong J, Wilson M. Interventions for the prevention or treatment of epidural-related maternal fever: a systematic review and meta-analysis. Br J Anaesth. 2022 Aug 4: S0007-0912(22)00323-3.



На острие медицинских технологий



Средства
визуализации



Менеджмент крови



Пульмонология



Анестезиология
и реаниматология



Онкология



Ревматология



Ассоциация ААР поздравляет коллег с завершением V съезда Ассоциации ААР

Съезд собрал под своим крылом 267 участников, география участников включала не только регионы России, но и страны ближнего зарубежья.

Округ	Кол-во
Дальневосточный федеральный округ	4
Приволжский федеральный округ	36
Северо-Западный федеральный округ	65
Северо-Кавказский федеральный округ	14
Сибирский федеральный округ	30
Уральский федеральный округ	17
Центральный федеральный округ	64
Южный федеральный округ	17
Итого	247
Республика Беларусь	11
Республика Казахстан	7
Эстонская Республика	1

Научная программа включала в себя все актуальные темы анестезиологии и критических состояний в акушерстве. Лекторы и делегаты в течение двух дней делились с коллегами своим опытом. Все слушатели смогли получить ответы на интересующие их вопросы и обсудить в кулуарах конференции прослушанные доклады.

Участниками съезда были не только анестезиологи-реаниматологи (223 врача), но и акушеры-гинекологи (36 врачей), трансфузиологи (2 врача) и другие специальности (5 врачей).

Понимая, что многие не смогли посетить мероприятие, мы предлагаем вам ознакомиться с выводами наиболее интересных и важных докладов.



V Съезд Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов
23-24 сентября 2022 года

Менеджмент безопасности в акушерской анестезиологии: проблемы, препятствия и пути решения.

Дробинская Алла Николаевна.
Новосибирск.



www.arpoint.ru



V Съезд Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов
23-24 сентября 2022 года
www.arpoint.ru

Пути решения:

• Качество и безопасность:

- гарантировать безопасность пациентов выполняя нормативные документы и приказы.
- обязательна оценка мониторинга, качества клинических процедур и оборудования.
- **Контроль за выполнением клинических рекомендаций:** персонально каждого анестезиолога- реаниматолога и внедрение протоколов для неотложных анестезиологических технологий, лечебных мероприятий и использование необходимого оборудования.



- **Тренинги:** эффективное обучение технике неотложных процедур и лечению неотложных состояний, при необходимости применения симуляционных и интерактивных технологий.



V Съезд Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов
23-24 сентября 2022 года

Железодефицитная анемия беременных. Стратегия подготовки к успешному родоразрешению.

Куликов Александр Вениаминович
доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии, трансфузиологии ФБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, вице-президент Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов, член правления Федерации анестезиологов-реаниматологов, председатель комитета Федерации анестезиологов-реаниматологов по вопросам анестезии и интенсивной терапии в акушерстве и гинекологии



www.arpoint.ru



V Съезд Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов
23-24 сентября 2022 года
www.arpoint.ru

Трансфузия и дефицит железа

В одной дозе крови примерно 0,47 мг/мл железа, при гематокрите 0,6 – 0,7 мг/мл железа



= Одна доза железа карбоксимальтозата - 1000 мг

Трансфузия эритроцитов повысит уровень гемоглобина, но может не устранить дефицит железа



V Съезд Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов
23-24 сентября 2022 года






Железодефицитная анемия беременных. Практика акушера-гинеколога.

проф. Беженарь В.Ф.
Кафедра акушерства, гинекологии и неонатологии
ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им.И.П.Павлова МЗ РФ
Санкт-Петербург, Россия




V Съезд Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов
23-24 сентября 2022 года
www.arfpaint.ru

Выводы по результатам исследований

-  Решение о выборе перорального или внутривенного введения железа во время беременности должно основываться на тщательной оценке риска и пользы, четких клинических критериях и соответствовать рекомендациям
-  Внутривенное железо является предпочтительным методом лечения женщин, которым требуется быстрое пополнение запасов железа или у которых наблюдается непереносимость пероральных препаратов
-  В сравнении с пероральным железом терапия карбоксимальтозатом железа быстрее приводит к восполнению запасов железа и нормализации уровня Hb, обладая лучшим профилем переносимости
-  В сравнении с сахаратом железа терапия карбоксимальтозатом железа обладает лучшим профилем эффективности, сопоставимым профилем безопасности и требует меньшее количество визитов в клинику
-  У женщин с дефицитом железа применение карбоксимальтозата железа сопровождается уменьшением усталости, улучшением когнитивных функций и качества жизни




V Съезд Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов
23-24 сентября 2022 года

Профилактика и лечение тромбоэмболии легочной артерии в акушерстве

Куликов Александр Вениаминович
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства, гинекологии и неонатологии, профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии, профессор кафедры акушерства, гинекологии и неонатологии, профессор кафедры акушерства, гинекологии и неонатологии, профессор кафедры акушерства, гинекологии и неонатологии




V Съезд Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов
23-24 сентября 2022 года
www.arfpaint.ru



При ранней выписке из стационара и необходимости продолжения тромбопрофилактики или лечения в истории болезни и в выписке для пациентки укажите рекомендации по применению антикоагулянта (НМГ) и эластической компрессии

- При умеренном риске – 10 суток
- При высоком риске – не менее 6 недель
- При лечении ВТЭО – не менее 3 месяцев



«Самое неприятное, что может услышать анестезиолог при проведении обезболивания – Доктор мне больно!»



Заведующий отделением анестезиологии и реанимации, ассистент кафедры анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, главный внештатный анестезиолог-реаниматолог в области акушерства

История одной пациентки ...

❖ Анестезиолог должен использовать свои знания и опыт, чтобы решить, когда следует **предложить общую анестезию**, а когда ее следует **рекомендовать**.

- Выбор – это право пациентки!
- Важно понимать, что, лежа на операционном столе пациентка находится не в лучшей позиции, чтобы принять лучшее для нее решение.
- Правильно не возлагать ответственность на пациентку, а сказать:

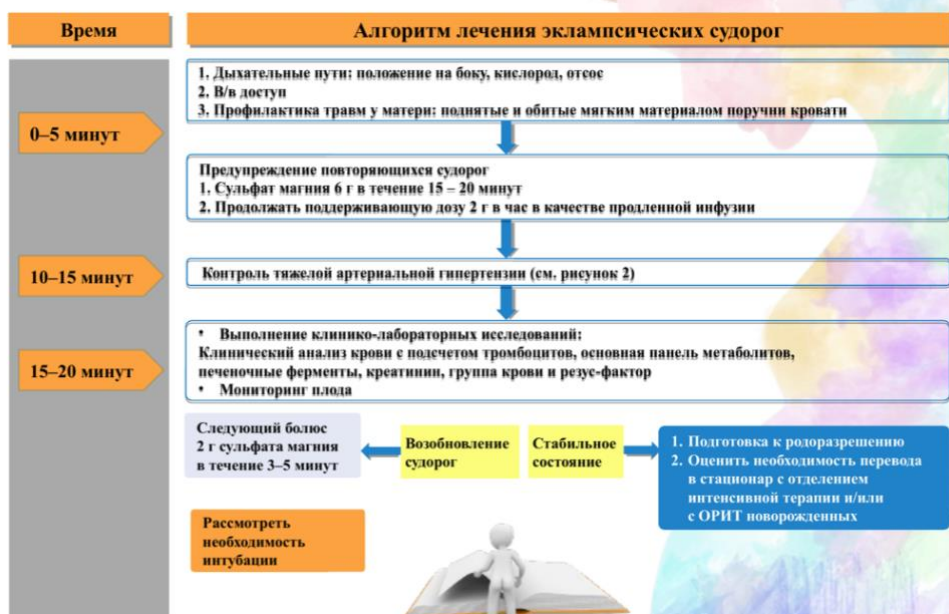
«Мне жаль, что это происходит, но если вы чувствуете **боль**, скорее всего, станет еще хуже и в таких ситуациях я рекомендую перейти на общую анестезию»

Stephan SZ, Beigod DG. Failure of communication: a patient's story. Int J Obstet Anesth. 2016 Dec; 28:

Эклампсия.

Что нового?
Что старого?
Что ещё?

Е.М.Шифман



Применение методов прикроватной оценки гемостаза при послеродовом кровотечении (РОТЭМ / ТЭГ)



Обсуждение

Смена парадигмы проведения инфузионно-трансфузионной терапии массивных ПРК

1. Рестриктивная инфузионная терапия
2. Ургентная диагностика коагулопатии (гипофибриногенемии)
3. Снижение потребления СЗП
4. Увеличение потребления криопреципитата



Review Article | Free Access

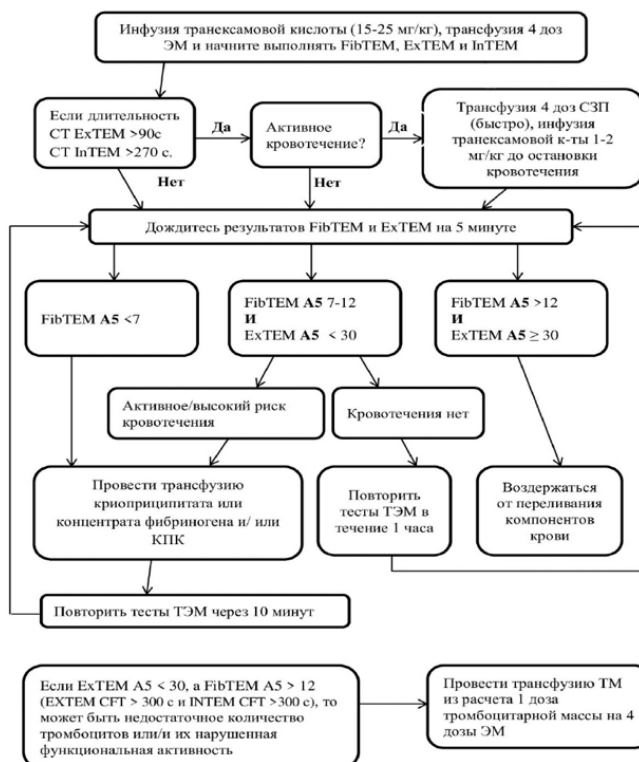
Viscoelastic haemostatic point-of-care assays in the management of postpartum haemorrhage: a narrative review

J. D. Dias, A. J. Butwick, J. Hartmann, J. H. Waters

First published: 22 February 2022 | <https://doi.org/10.1111/anae.15662>

Использование РОТЭМ / ТЭГ является полезным инструментом для диагностики коагулопатии, прогнозирования послеродового кровотечения, **снижения потребности в переливании крови и мониторинга фибринолиза** у рожениц с послеродовым кровотечением.

Протокол массивной трансфузии с учетом ТЭМ





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>

ДАННЫЕ КОМИТЕТОВ ПО МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В 36 ШТАТАХ США, 2017–2019 гг.

Ключевые результаты

- Смертельные случаи, связанные с беременностью, имели место во время беременности, родов и в течение одного года после родов.
- Основная причина летальных исходов, связанных с беременностью, зависит от расы и этнической принадлежности.
- Установлено, что более 80% летальных исходов, связанных с беременностью, **можно было предотвратить**.

Среди летальных исходов, связанных с беременностью, с географической привязкой к месту жительства (n=873) примерно 82% умерших проживали в городской местности.

Среди летальных исходов, для которых известны сроки беременности, примерно 22% летальных исходов произошли во время беременности, 25% произошли в день родов (в течение 24 часов после окончания беременности) или в течение недели после родов, 23% произошли от 7 до 42 дней после родов и 30% произошли в позднем послеродовом периоде (43–365 дней после родов).

Среди 1018 летальных исходов, связанных с беременностью, основная причина была установлена для 987 случаев. Шесть наиболее частых причин смерти, связанной с

беременностью, — психические расстройства (22,7%), кровотечение (13,7%), сердечно-сосудистые заболевания (12,8%), инфекции (9,2%), тромбоэмболия (8,7%) и кардиомиопатия (8,5%) — на их долю приходилось более 75% смертей, связанных с беременностью.

Основная причина смерти зависит от расы и этнической принадлежности. Сердечно-сосудистые заболевания были основной причиной смерти, связанной с беременностью, среди неиспаноязычных чернокожих женщин; психические расстройства были основной причиной смерти среди белых латиноамериканок и нелатиноамериканок; кровотечение было основной причиной смерти среди неиспаноязычных азиатских лиц.

Данные CDC из США (Источник)

DOI: <https://doi.org/10.17816/1993-6508-2022-16-1-115-127>

Непреднамеренное субарахноидальное введение транексамовой кислоты во время спинальной анестезии

В.А. Корячкин¹, И.Л. Белешников², С.Н. Литус³, А.Е. Сафрай⁴, Д.В. Заболотский¹, В.А. Евграфов¹

¹ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Российская Федерация;

² Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Российская Федерация;

³ Псковское областное бюро судебно-медицинской экспертизы, Псков, Российская Федерация;

⁴ Бюро судебно-медицинской экспертизы, Санкт-Петербург, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

Непреднамеренная интратекальная инъекция транексамовой кислоты является редким, но крайне неприятным случаем, который может привести к тяжёлым осложнениям, в том числе и летальному исходу. Целью обзора явилось описание клиники, патофизиологических изменений и исходов, возникающих у пациента при непреднамеренном интратекальном введении в субарахноидальное пространство транексамовой кислоты во время спинальной анестезии. Обзор включает работы, опубликованные в базах данных PubMed, The Cochrane Library, Google Scholar, РИНЦ, а также собственные наблюдения. Выявлено 31 сообщение (27 литературных и собственных наблюдений) о непреднамеренном введении транексамовой кислоты во время спинальной анестезии: 12 случаев в травматологии и ортопедии, 11 – при кесаревом сечении, 8 – в урологии и общей хирургии. Типичными признаками и симптомами, о которых сообщали авторы, являлись сильные боли в пояснице, ягодицах и нижних конечностях, судорожный синдром, выраженные тахикардия и артериальная гипертензия, желудочковые аритмии. 10 (32,1%) пациентов выздоровели без каких-либо последствий, 6 (19,4%) пациентам после выписки из стационара потребовалась длительная реабилитация в связи с тяжёлым неврологическим дефицитом или когнитивными нарушениями. При кесаревом сечении из 11 женщин умерло 9, в травматологии и ортопедии из 12 пациентов скончались четверо. В целом летальный исход был зарегистрирован у 15 (48,4%) пациентов. Непреднамеренное субарахноидальное введение транексамовой кислоты представляет собой катастрофическое событие с чрезвычайно высоким риском для пациента и сопровождается высокой летальностью, особенно в акушерской практике. В случае непреднамеренного интратекального введения транексамовой кислоты интенсивная терапия должна включать внутривенное введение пропофола или ингаляцию севофлурана. Перспективным представляется проведение лаважа ЦСЖ. Во избежание ошибок, связанных со случайным введением препаратов, не предназначенных для спинальной анестезии, целесообразна разработка формализованного протокола интратекального введения растворов местного анестетика.

Ключевые слова: спинальная анестезия; транексамовая кислота; случайное введение; судороги; субарахноидальное введение; осложнения спинальной анестезии.

Как цитировать:

Корячкин В.А., Белешников И.Л., Литус С.Н., Сафрай А.Е., Заболотский Д.В., Евграфов В.А. Непреднамеренное субарахноидальное введение транексамовой кислоты во время спинальной анестезии // Регионарная анестезия и лечение острой боли. 2022. Т. 16. № 2. С. 115–127.

DOI: <https://doi.org/10.17816/1993-6508-2022-16-2-115-127>

Полная версия статьи на [сайте](#) журнала

Акушерский атипичный гемолитико-уремический синдром и сепсис: есть ли связь?

Ю.В. Коротчаева^{1,2}, Н.Л. Козловская^{2,3}, Е.М. Шифман⁴

¹ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет);
Россия, 119991 Москва, ул. Трубецкая, 8, стр. 2;

²ГБУЗ «Городская клиническая больница имени А.К. Ерамишанцева

Департамента здравоохранения города Москвы»; Россия, 129327 Москва, ул. Ленская, 15;

³ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»; Россия, 117198 Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6;

⁴ГБУЗ Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского»; Россия, 129110 Москва, ул. Щепкина, 61/2

Резюме. Введение. Атипичный гемолитико-уремический синдром (аГУС) и сепсис представляют собой наиболее тяжелые формы акушерской тромботической микроангиопатии (ТМА). При этом дифференциальная диагностика между сепсисом и аГУС в акушерской практике крайне сложна, особенно учитывая возможность их сочетания. **Цель исследования:** оценить особенности течения и прогноза аГУС при сочетании его с сепсисом в послеродовом периоде. **Материалы и методы.** В неконтролируемое нерандомизированное ретроспективное исследование включено 28 пациенток с акушерским аГУС: группа 1 — 78 пациенток с «чистым» акушерским аГУС (группа «аГУС»), группа 2 — 20 пациенток с сочетанием аГУС и сепсиса (группа «аГУС + сепсис»). Определяли лабораторные показатели, принятые в общей клинической практике (общий, биохимический, иммунологический анализы крови, коагулограмму, уровень D-димера). **Результаты.** У всех пациенток были выявлены комплемент-активирующие состояния, среди которых частота мочевой и акушерской инфекций оказалась значимо выше в группе 2 ($p < 0,05$). В группе «аГУС + сепсис» помимо признаков ТМА наблюдали выраженный нейтрофильный лейкоцитоз ($25,0 [19,5; 28,0] \times 10^9/\text{л}$), повышение уровней прокальцитонина ($10,0 [5,4; 10,5] \text{ нг/мл}$), пресепсина ($1992,0 [167,0; 3000,0] \text{ пг/мл}$), С-реактивного белка ($61,0 [23,0; 111,0] \text{ мг/л}$) и более выраженную гемолитическую группу «аГУС», коагулопатию: низкий уровень фибриногена ($1,1 [1,0; 1,9] \text{ г/л}$ vs. $3,5 [2,7; 4,2] \text{ г/л}$; $p = 0,005$) при повышенном уровне D-димера (свыше $0,5 \text{ мкг/мл}$). Помимо антибактериальной и плазмотерапии, 49 из 78 (62,8%) пациенток в группе «аГУС» и 11 из 20 (55,0%) в группе «аГУС + сепсис» получали экулизумаб в дозе 900 мг 1 раз в неделю в течение 4 нед, на 5-й неделе — 1200 мг 1 раз в неделю с последующим переходом на поддерживающий режим (1200 мг каждые 2 нед). Выживаемость в группе «аГУС + сепсис» была почти вдвое ниже (55,0% vs. 84,7%), чем в группе «аГУС». **Заключение.** Прогноз акушерского аГУС в сочетании с сепсисом крайне неблагоприятен, обуславливает необходимость своевременного выявления и лечения инфекционных осложнений у беременных и родильниц. Учитывая роль активации комплемента в патогенезе сепсиса, может обсуждаться назначение экулизумаба после купирования инфекционного процесса.

Ключевые слова: тромботическая микроангиопатия, беременность, сепсис, акушерский атипичный гемолитико-уремический синдром, экулизумаб

Автор для корреспонденции: Коротчаева Юлия Вячеславовна, к. м. н., доцент кафедры внутренних, профессиональных болезней и ревматологии Института клинической медицины ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет); Россия, 119991 Москва, ул. Трубецкая, 8, стр. 2; врач-нефролог Центра помощи беременным с патологией почек ГБУЗ «Городская клиническая больница имени А.К. Ерамишанцева Департамента здравоохранения города Москвы»; Россия, 129327 Москва, ул. Ленская, д. 15. E-mail: lumis-j@bk.ru

Статья поступила: 21.03.2022. В доработанном виде: 05.07.2022. Принята к печати: 26.08.2022.

Для цитирования: Коротчаева Ю.В., Козловская Н.Л., Шифман Е.М. Акушерский атипичный гемолитико-уремический синдром и сепсис: есть ли связь? *Тромбоз, гемостаз и реология.* 2022;(3):62–73.

Полая версия статьи на [сайте](#) журнала



**XV ЮБИЛЕЙНЫЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ BIOTEХНОЛОГИЧЕСКИЙ
ФОРУМ-ВЫСТАВКА «РОСБИОТЕХ»**

26-28 апреля 2022 г.



Диплом

НАГРАЖДАЕТСЯ

Золотой медалью

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения РФ

***Способ диагностики отсроченных дефектов мочевого пузыря
у родильниц после операции кесарево сечение***

Меджидова Д.Р., Караева А.К., Шифман Е.М.

**Председатель Программного
комитета, академик РАН**

А.Б. Лисицын



Иноватика Экспо



WWW.ARFPPOINT.RU

Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов
Obstetrical Anesthesiologists Intensivists Association

ISSN 2686-8032 (Online)

online журнал

Вестник акушерской анестезиологии №9 (59)
2022
online journal **Obstetric Anesthesia Digest** Сентябрь

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

№9(59) Сентябрь 2022
№9(59) September 2022

Вестник акушерской анестезиологии
Obstetric anesthesia digest