



WWW.ARFPOINT.RU

Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов
Obstetrical Anesthesiologists Intensivists Association

online журнал

Вестник акушерской анестезиологии

online journal **Obstetric Anesthesia Digest**

№2(4)

2018

Февраль



№2(4) Февраль 2018

№2(4) February 2018

Вестник акушерской анестезиологии

Obstetric anesthesia digest



WWW.ARFPOINT.RU

Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов
Obstetrical Anesthesiologists Intensivists Association

online журнал

Вестник акушерской анестезиологии

№2(4)

2018

online journal **Obstetric Anesthesia Digest** Февраль

Главный редактор: Е.М. Шифман, проф.
(Москва, Россия)

Зам. главного редактора: А.В. Куликов, проф.
(Екатеринбург, Россия)
А.М. Овезов, проф.
(Москва, Россия)

Научный редактор: А.М. Роненсон
(Тверь, Россия)

Редакционная коллегия: И.С. Абазова, д.м.н.
(Нальчик, 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)
К.Г. Шаповалов, д.м.н.
(Чита, Россия)

**Иностранные члены
редакционной коллегии:** А.М. Иоскович, проф.
(Иерусалим, Израиль)

Директор издания: Е.В. Арлюк (Москва, Россия)
Художественный редактор: О.А. Шинькович (Москва,
Россия)

Технический редактор: П.В. Романов (Москва,
Россия)

Корректор: Е.В. Яцук (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
(Tver, Russia)

Editorial board: I.S. Abazova, MD
(Nalchik, 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)
K.G. Shapovalov, MD
(Chita, Russia)

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

Journal director: E.V. Arluk (Moscow, Russia)

Art editor: O.A. Shinkovich (Moscow,
Russia)

Technical editor: P.V. Romanov (Moscow,
Russia)

Proofreader: E.V. Yatsuk (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.

№2(4) Февраль 2018

№2(4) February 2018

Вестник акушерской анестезиологии
Obstetric anesthesia digest



WWW.ARFPOINT.RU

Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов
Obstetrical Anesthesiologists Intensivists Association

online журнал

Вестник акушерской анестезиологии N°2(4)
2018

online journal **Obstetric Anesthesia Digest** Февраль

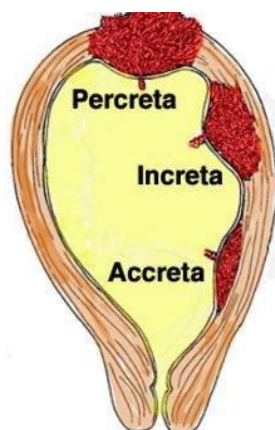
С о д е р ж а н и е

Статья	Стр.
Anesthetic and Obstetric Management of Placenta Accreta: Clinical Experience and Available Evidence	4
Непреднамеренная интраоперационная гипотермия при операции КС под спинальной анестезией	14
Применение гранисетрона для профилактики постспинальной дрожи при операции КС	18
Окно в Париж	20
Внеочередная переквалификация врачей, которые нарушили протоколы лечения	23
Знакомство с лекторским составом III Съезда АААР	27

Anesthetic and Obstetric Management of Placenta Accreta: Clinical Experience and Available Evidence

Оптимальное ведение рожениц с аномалией прикрепления плаценты (АПП) требует антенатальной диагностики и междисциплинарного планирования с индивидуальным подходом к сроку родоразрешения, органосохраняющей тактике и пожеланиям беременной в выборе анестезии. При АПП рекомендуется проводить плановое кесарево сечение (КС) с возможной гистерэктомией. В литературе обсуждаются различные подходы к сохранению матки, их эффективность и безопасность, а также оптимальный вид анестезии и трансфузионных стратегий для этих сложных акушерских случаев.

Выделяют три типа АПП в зависимости от глубины инвазии трофобласта в стенку матки: ворсинки хориона прикрепляются к миометрию - accreta (81,6%), внедряются в миометрий в increta (11,8%) и проникают через миометрий в серозную оболочку, иногда в смежные органы (например: мочевой пузырь, мочеточники, кишечник) percreta (6,6%).



предыдущее КС, особенно в сочетании с предлежанием плаценты в области рубца на матке, многоорожавшие женщины, возраст матери, аномалии развития матки и предыдущие выскабливания. Из-за многообразия факторов риска наиболее актуальным является комбинация предлежания плаценты и предшествующей операции КС. Сильвер и соавторы обнаружили, что частота ППП увеличивается с 3% у рожениц с предлежанием плаценты и одной предшествующей операцией КС до 67% у рожениц с предлежанием плаценты и с пятью предшествующими КС.

Антенатальная диагностика и междисциплинарное планирование

В нескольких исследованиях было продемонстрировано улучшение материнских и неонатальных исходов при антенатальной диагностике, междисциплинарном планировании и запланированном досрочном родоразрешении. К сожалению, многие случаи диагностируются во время родоразрешения.

Частота и факторы риска

Исходя из данных когортного исследования 1982-2002 гг., 1 из 533 родов в США осложняется аномалией плацентации, что резко превосходит частоту 1 из 4027 случаев, о которых сообщал Read и соавторы в конце 1970-х годов. Исследование в Новой Зеландии и Австралии за период с 2010 по 2012 год выявило частоту аномалии прикрепления плаценты 1 случай на 2262 родов. Хотя точных данных не хватает, текущий показатель может достигать 3-х на 1000 родов и частота, скорее всего, будет только продолжать расти параллельно с ростом количества операций КС.

К факторам риска развития аномалии прикрепления плаценты относятся:

Диагностика

Аномалия прикрепления плаценты довольно часто диагностируется во втором и третьем триместрах беременности во время обычного ультразвукового обследования или при выявлении причин кровотечения, при предлежании плаценты. Трансвагинальное УЗИ имеет очень высокую специфичность для идентификации АПП (96-98%) с чувствительностью 77-87%, однако поскольку многое зависит от опыта врача функциональной диагностики, который выполняет процедуру и интерпретирует результаты, частота выявляемости может варьироваться. Магнитно-резонансная

томография (МРТ) может использоваться в качестве дополнения к УЗИ и может быть особенно полезна при расположении плаценты по задней стенке матки и в сомнительных случаях.

Сроки и место родоразрешения

Решение о сроках и идеальном месте родоразрешения должно быть рассмотрено при выявлении аномалии прикрепления плаценты. Американский колледж акушеров и гинекологов (ACOG) рекомендует проводить плановое досрочное родоразрешение путем операции КС с гистерэктомией для того, чтобы минимизировать риски, связанные с экстренным КС. Сроки родоразрешения определяются вместе с беременной, акушером-гинекологом и неонатологом на индивидуальной основе. Плановое родоразрешение у стабильных беременных можно проводить на 34 неделе с подтверждением состояния зрелости плода или без такового, хотя в практике врачи могут выбрать выжидательную тактику до 36 недель или даже позже. Для каждой беременной должны быть предусмотрены планы действий на случай непредвиденных обстоятельств.

В медицинском учреждении, где проводится родоразрешение, должны дежурить круглосуточно акушеры-гинекологи, акушерские анестезиологи, сердечно-сосудистые хирурги, урологи, рентген-хирурги, неонатологи и трансфузиологи. Необходимо также иметь на базе медицинского учреждения многофункциональную лабораторию и запас компонентов крови, аппарат для реинфузии крови и хорошо оснащенное отделение интенсивной терапии для матери и новорожденного.

Необходимо учитывать несколько факторов, связанных с пациентами и учреждениями. Индивидуальные особенности беременной включают: степень инвазии

плаценты в ткани, независимо от того, требуется ли сохранение матки, срочность операции, сложные дыхательные пути, ожирение или тяжелая сердечная патология, случаи, требующие координации нескольких хирургических команд (например, акушеры-гинекологи, урологи и сосудистые хирурги).

Акушерская тактика

Существуют противоречивые мнения в отношении нескольких аспектов акушерского ведения рожениц с аномалией прикрепления плаценты, включая гестационный срок для плановой операции КС, полезность рутинного стентирования мочеточников, чтобы помочь хирургам идентифицировать мочеточники, а также роль консервативного ведения.

Несколько консервативных тактик были

описаны для рожениц с сильным желанием сохранить фертильность, при неожиданной интраоперационной диагностике аномальной плацентации и случаев,

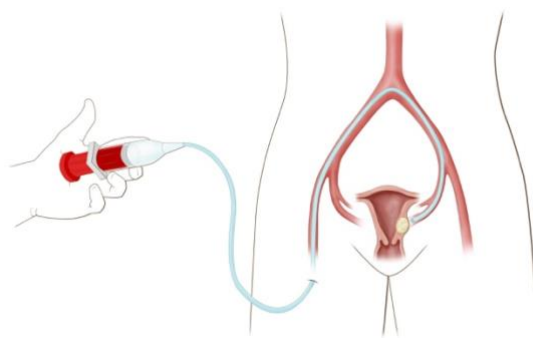
связанных с обширным внедрением плаценты в соседние органы, не поддающихся хирургическому лечению. В этом случае пуповина перевязывается рядом с плацентарной площадкой, а плацента остается на месте для спонтанного отделения, процесс, который может занять от нескольких недель до нескольких месяцев. Сообщается, что Метотрексат ускоряет этот процесс, хотя достоверные данные отсутствуют. Утеротоники, компрессионные швы на матке, баллонная тампонада, эмболизация тазовой сосудистой сети и/или селективная артериальная перевязка могут помочь снизить кровопотерю в послеоперационном периоде. Послеродовое удаление плацентарных остатков с помощью гистероскопии может ускорить процесс отделения плаценты. Однако инфекция, коагулопатия, сепсис и массивное послеродовое кровотечение могут осложнить



эту консервативную тактику, и, в конечном счете, может потребоваться гистерэктомия.

Профилактическое использование интервенционной радиологии

Недавнее ретроспективное исследование показало, что аномалия прикрепления плаценты является фактором риска гистерэктомии, которая достигает 44%, в связи с развивающимся массивным акушерским кровотечением, поэтому предоперационная подготовка должна быть направлена на уменьшение объема кровопотери. Данные о роли профилактического применения процедур интервенционной радиологии (ИР-процедур) для беременных с аномалией прикрепления плаценты противоречивы. Некоторые исследования демонстрируют значительное уменьшение кровопотери, а другие сообщают о высоких показателях осложнений с отсутствием или небольшой выгодой. Оклюзионные баллонные катетеры могут быть заранее установлены через бедренные сегменты в маточные или внутренние подвздошные артерии до операции и раздуты после извлечения плода, чтобы уменьшить кровопотерю, с последующей селективной артериальной эмболизацией или без нее. Сообщалось о нескольких осложнениях с периперационными ИР-процедурами, включая локальную гематому, вагинальный некроз, псевдоаневризму, разрыв артерии, массивное кровотечение, образование тромбов, аллергическую реакцию на контрастный краситель и неполадки с оборудованием.



Анестезиологические особенности

В литературе обсуждаются как метод анестезии, так и оптимальные стратегии трансфузии компонентов крови при операции КС с гистерэктомией у рожениц с аномалией прикрепления плаценты. Всем известные

особенности обеспечения, такие как профилактика аспирации, тщательная оценка кровопотери, готовность к массивной кровопотере и инфузионной терапии с помощью периферических венозных катетеров большого диаметра, использование устройства для быстрого инфузионного введения и наличия аппарата для реинфузии крови, аналогично другим сложным случаям.

Стратегия трансфузионной терапии

Трансфузионная терапия и объем кровопотери могут различаться при разных типах аномалии прикрепления плаценты. В обзоре 66 рожениц с приращением плаценты 65% потребовали более 10 единиц эритроцитов (т.е. массивную трансфузию). К сожалению, проспективные исследования, оценивающие оптимальные стратегии переливания крови в акушерстве, отсутствуют.

В настоящее время стратегии трансфузии при массивном акушерском кровотечении следуют тем же принципам, что и при обширных травмах, включая раннюю трансфузию плазмы, тромбоцитов и эритроцитов. Хотя идеальное соотношение эритроцитов и плазмы к тромбоцитам для массивного акушерского кровотечения остается спорным вопросом, становится все более распространенной практика 1-2 единицы эритроцитов на 1 единицу плазмы. Клинические протоколы Министерства Здравоохранения РФ по ведению рожениц с массивным акушерским кровотечением рекомендуют соблюдать соотношение эритроциты:плазма:тромбоциты:криопреципитат, как 1:1:1:1 (имеются в виду эффективные дозы). Все родовые и операционные должны иметь стандартизованный протокол массивной трансфузии для обеспечения своевременной доставки достаточного объема компонентов крови. Протоколы массивной трансфузии могут

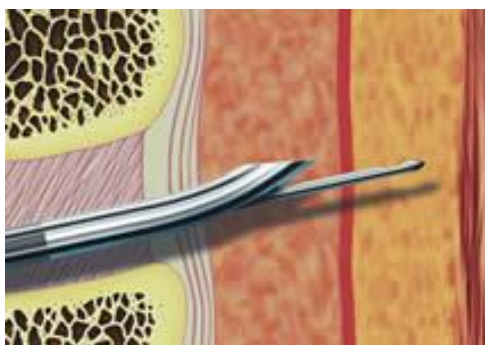
быть местные, территориальные или государственные, но все они должны содержать логистическую цепочку действий персонала в случае возникновения массивного акушерского кровотечения.

За последнее десятилетие появилось несколько новых аспектов терапии массивного акушерского кровотечения. Гипофибриногенемия была идентифицирована, как основной предиктор тяжести послеродового кровотечения в нескольких исследованиях, вот почему важно раннее, агрессивное восполнение уровня фибриногена либо с помощью криопреципитата, либо с помощью концентрата фибриногена. Использование тромбоэластографии или тромбоэластометрии может помочь выявить родильниц со сниженным качеством фибринового сгустка раньше и все чаще рекомендуется для целенаправленного лечения коагулопатии, связанной с тяжелым акушерским кровотечением. Использование транексамовой кислоты достоверно снижает частоту тяжелых послеродовых кровотечений, трансфузии и уменьшает смертность. Наконец, использование аппаратов для реинфузии крови, когда-то считавшееся сопряженным с риском эмболии амниотической жидкостью и резус иммунизацией, теперь считается безопасной и экономически эффективной стратегией для минимизации аллогенной трансфузии у рожениц и родильниц.

Центральный венозный доступ и инвазивный мониторинг гемодинамики

Медицинские учреждения по-разному относятся к использованию инвазивного мониторинга в случаях с аномалией прикрепления плаценты. Катетеризация лучевой артерии может быть проведена до начала анестезии или интраоперационно (для улучшения гемодинамического мониторинга и

для анализа газов крови или других тестов). Многие учреждения обычно не устанавливают центральные венозные катетеры, если адекватный венозный доступ обеспечивается периферическими катетерами больших размеров, однако установка центрального венозного катетера может быть необходима при использовании препаратов, которые вводятся только в центральную вену, например, вазопрессоров. Поскольку внутренняя яремная вена в большей степени располагается над сонной артерией у беременных с доношенным сроком по сравнению с небеременными, ее катетеризация имеет более высокий риск артериальной пункции при использовании только анатомических ориентиров при проведении пункции. Таким образом, использование аппарата УЗИ может улучшить результаты.



Анестезиологическая тактика

Оптимальный способ анестезии для операции КС с вероятной гистерэктомией у рожениц с риском массивного кровотечения является спорным вопросом. Проспективных исследований не хватает из-за низкой распространенности аномалии прикрепления плаценты, отсутствия стандартизованных критериев антенатальной диагностики, однако последние годы их количество увеличивается, что, скорее всего, со временем может привести к более четким критериям выбора анестезиологической тактики.

Стоит также разделять пациентов с высоким доказанным риском аномалии прикрепления плаценты и подозрением с низким риском.

Нейроаксиальная анестезия

В недавнем опросе, в случае аномалии плацентации, более 60% респондентов высказали предпочтение нейроаксиальной технике с переходом по необходимости на общую анестезию. В дополнение к обычным

преимуществам нейроаксиальной анестезии по сравнению с общей анестезией в акушерстве (например, минимизация риска неудачной интубации, участие матери в рождении ребенка, непреднамеренное интраоперационное пробуждение, улучшенная послеоперационная аналгезия и снижение риска атонии матки, связанного с летучими анестетиками), нейроаксиальные методы также дают больше времени от разреза кожи до извлечения плода, по сравнению с общей анестезией, без негативного влияния анестезиологических препаратов на плод.

В исследованиях не было доказано несколько потенциальных недостатков нейроаксиальных методик. Волнение роженицы под нейроаксиальной анестезией часто может быть скорректировано разумным использованием седативных препаратов. Добавление антимиотиков может снизить дискомфорт во время внутрибрюшинных манипуляций и тракций и улучшить хирургические условия. Использование эпидурального катетера (с или без низкодозированной КСЭА) приводит к значительно меньшей частоте гипотонии, чем изолированная спинальная анестезия, и может уменьшить риски выраженной нейроаксиальной симпатической блокады при развитии кровотечения. Предоперационная плановая установка внутриартериальных окклюзионных баллонных катетеров может снизить кровопотерю и привести к большей стабильности гемодинамики, что дает возможность более безопасно провести нейроаксиальную анестезию.

В нескольких описанных сериях случаев и ретроспективных когортных исследованиях было продемонстрировано успешное ведение таких пациенток с использованием эпидуральной анестезии. Фуллер и соавторы продемонстрировали, что эпидуральная анестезия может быть использована при операции КС с аномалией прикрепления плаценты у беременных с высоким риском кровотечения, которым предоперационно были

установлены внутриартериальные окклюзионные баллонные катетеры. Из семи рожениц в серии случаев пятерым была проведена нейроаксиальная анестезия, а двоим была проведена интраоперационная конверсия в общую анестезию из-за отека дыхательных путей в связи с массивной инфузионной терапией. В серии случаев, описанных Лилкером и соавторами из 23 рожениц с предлежанием плаценты, КС которым была проведено с предоперационной установкой внутриартериальных окклюзионных баллонных катетеров или эмболизации маточной артерии, 17-ти была проведена нейроаксиальная техника с эпидуральным катетером; из них 5 (29%) потребовали интраоперационной конверсии в общую анестезию без инцидентов. Исходя из этих данных, в литературе широко цитируется коэффициент конверсии 29% из нейроаксиальной в общую анестезию. За последние несколько лет все чаще появляются исследования, в которых нейроаксиальная анестезия является анестезией выбора. В ретроспективном когортном исследовании Нгуян-Лу и соавторы, провели анализ материнских, неонатальных и анестезиологических исходов у 50 беременных с аномалией плацентации, которым была проведена либо операция КС, либо КС с гистерэктомией, 34 роженицам была проведена нейроаксиальная анестезия с использованием эпидурального катетера, причем только 3 потребовали конверсию в общую анестезию из-за гемодинамической нестабильности, связанной с массивным кровотечением. По сравнению с оставшимися 16 роженицами в когорте, которые получали общую анестезию при операции КС / гистерэктомии, в группе с нейроаксиальной анестезией новорожденные имели значительно более высокие показатели Апгар в 1 и 5 мин и меньше респираторных осложнений. Тайлор и соавторы описали 40 случаев операции КС с аномалией прикрепления плаценты, 23 (58%) беременным

были проведены предоперационные ИР-процедуры. Двадцати четверем (60%) роженицам потребовалась гистерэктомия. Нейроаксиальная анестезия была проведена 38 роженицам, 17 (45%) роженицам была проведена конверсия в общую анестезию. Несмотря на то, что большинство случаев были начаты под нейроаксиальной анестезией, почти половине из них потребовалась конверсия в общую анестезию.

Общая анестезия

Существуют также несколько потенциальных преимуществ при проведении плановой общей анестезии у рожениц с уточненной или предполагаемой аномалией плацентации. Общая анестезия позволяет избежать излишнего беспокойства роженицы и обеспечивает больший комфорт во время длительной операции. С точки зрения врача, контролируемая ранняя индукция общей анестезии может быть предпочтительнее конверсии в общую анестезию во время массивного кровотечения или других интраоперационных осложнений. Благодаря широкой доступности видеоларингоскопов и других средств обеспечения дыхательных путей и снижения смертности, связанной с общей анестезией в акушерской популяции, анестезиологи могут чувствовать себя более уверенно в обеспечении безопасности дыхательных путей, чтобы не проводить интубацию интраоперационно, когда возникает отек дыхательных путей от большой инфузионной терапии и длительного положения на спине. Начало операции под общей анестезией может также способствовать установке инвазивного мониторинга и способствовать более открытому общению между многопрофильной командой.



Отсроченная интубация

Альтернативный подход заключается в том, чтобы начать операцию КС с использованием нейроаксиальной анестезии и провести конверсию в общую анестезию после извлечения новорожденного. Этот подход сводит к минимуму потребность в быстром извлечении после разреза кожи, позволяет пациенту участвовать в родах и избежать риска депрессии плода летучими анестетиками. Более короткая продолжительность общей анестезии может также снизить кровопотерю и уменьшить частоту атонии матки. Кроме того, отек дыхательных путей с меньшей вероятностью развивается в короткий промежуток времени между началом операции и извлечением новорожденного. Риверос-Перез и соавторы в этом году опубликовали ретроспективный анализ 43 случаев с аномалией прикрепления плаценты, 33 из которых были с вращением плаценты. КСЭА с отсроченной интубацией была проведена 30 роженицам, не было ни одного случая с неблагоприятными материнскими или неонатальными исходами у этой группы рожениц. Однако стоит помнить, что такой подход подвергает беременную риску как общей, так и нейроаксиальной анестезии.

Применение рекомбинантного активированного VII фактора

Массивное акушерское кровотечение является основной причиной осложнений и летальных исходов при операции КС с аномалией прикрепления плаценты, зачастую объем кровопотери составляет до 6000 мл, а иногда и более 10 литров. Конечно же при таком массивном и интенсивном кровотечении синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдром) разворачивается молниеносно. Основная задача врача в этой ситуации - контролировать трансфузионную стратегию и



Рекомбинантные
технологии
для полноценной жизни

Коагил-VII

Эптаког альфа (активированный)

Регистрационный номер: ЛСР-010225/09 от 15.12.2009. Торговое название препарата: Коагил-VII, МНН: эптаког альфа (активированный). Лекарственная форма: лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения.

1 ФЛАКОН С ПРЕПАРАТОМ СОДЕРЖИТ, мг:

Эптаког альфа (активированный)	1,20 (60 КЕД/ 60 тыс. МЕ)	2,40 (120 КЕД/ 120 тыс. МЕ)	4,80 (240 КЕД/ 240 тыс. МЕ)
натрия хлорид (Ев. Рн.)	5,84	11,68	23,36
натрия хлорида дигидрат (Ев. Рн.)	2,94	5,88	11,76
глицилглицин (Ев. Рн.)	2,64	5,28	10,56
полисорбат-80 (Ев. Рн.)	0,14	0,28	0,56
маннитол (Ев. Рн.)	60,00	120,00	240,00

1 КЕД соответствует 1000 МЕ. Растворитель – вода для инъекций. 1 мл приготовленного раствора содержит эптаког альфа (активированный) – 0,6 мг. Фармакотерапевтическая группа: гемостатическое средство. Код АТХ: B02BD08.

Показания к применению:

Для остановки кровотечений и профилактики их развития при проведении хирургических вмешательств и инвазивных процедур у пациентов с гемофилией (наследственной или приобретенной) с высоким титром ингибитора к фактору свертывания крови VII или IX; врожденным дефицитом фактора свертывания крови VII; тромбастенией Гланцмана при наличии антител к гликопротеинам IIb/IIIa и рефрактерностью (в настоящем или прошлом) к трансфузиям тромбоцитарной массы.

Противопоказания:

Повышенная чувствительность к белкам мышей, хомячков или коров, а также к активному компоненту препарата и вспомогательным веществам.

Для получения более подробной информации ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению препарата. МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

АО «ГЕНЕРИУМ», г. Москва, ул. Тестовская, д. 10, офис 726
Тел./факс: +7(495) 988-47-94.
www.generium.ru

гемостаза. Но времени на восполнение факторов свертывания в такой сложной и порой экстренной ситуации, лишь одним объемом плазмы, может оказаться недостаточно. Необходимы дополнительные методы лечения, которые смогут ускорить процесс образования сгустка и не допустить развертывания коагулопатии или ДВС-синдрома. Применение рекомбинантного VII активированного фактора является наилучшей стратегией при таком массивном акушерском кровотечении и без побочных эффектов. Описанные случаи использования рекомбинантного VII активированного фактора и других методов хирургического гемостаза показывают хорошие результаты по уменьшению объема кровопотери при операции КС с аномалией прикрепления плаценты. Однако не стоит забывать, что эффективность действия рекомбинантного VII активированного фактора может быть снижена за счет ацидоза,

гипотермии и гипофибриногенемии, поэтому одновременная коррекция этих параметров необходима для эффективности лечения. Недавний обзор рекомендаций различных стран мира и медицинских сообществ показал, что рекомбинантный VII активированный фактор входит почти во все протоколы лечения массивного акушерского кровотечения и является единственным препаратом наряду с концентратом фибриногена, который рекомендуется использовать в протоколе массивного акушерского кровотечения. Клинические протоколы в Российской Федерации при массивной кровопотере и коагулопатии рекомендуют использование рекомбинантного VII активированного фактора (rFVIIa).

Недавнее описательное исследование серии случаев продемонстрировало возможное местное применение рекомбинантного VII активированного фактора. Было выявлено, что местное применение рекомбинантного активированного фактора VII в месте предлежания плаценты уменьшает объем кровопотери и ускоряет гемостаз, не влияя на системную коагуляцию и без побочных эффектов.

Выводы

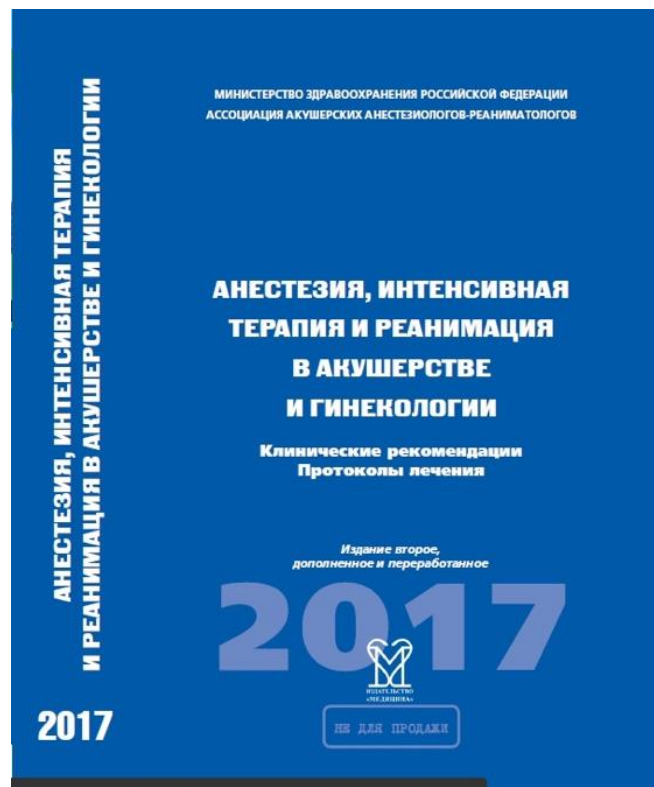
Аномалия прикрепления плаценты становится все более частой причиной материнской и неонатальной смертности. Антенатальная диагностика и междисциплинарное планирование, когда это возможно, улучшают материнские и неонатальные исходы, но отсутствуют общие рекомендации по акушерскому и анестезиологическому ведению рожениц с этой патологией. Рекомендуется плановая операция КС с гистерэктомией в сроке 34-36 недель в случаях с диагностированной аномалией плацентации, предпочтительно в центре третьего уровня, хотя может быть выбрана и

выжидательная тактика до 37 недель беременности у стабильных беременных или попытка осуществить консервативный подход, оставляя плаценту на месте, размещая внутриартериальные окклюзионные баллонные катетеры или иссекая только часть миометрия с выращенным участком у рожениц с сильным желанием сохранить детородную функцию. Использование рекомбинантного VII активированного фактора может улучшить исходы и уменьшить объём и кровопотери.

Важно отметить, что в своей работе врач должен опираться на знания, возможности лечебного учреждения и самое главное - клинические рекомендации. Важно понимание того, что возможности медицинских учреждений могут отличаться друг от друга как в обеспечении постоянного доступа к компонентам крови, смежным специалистам (сердечно-сосудистым хирургам, урологам и т.д.), медицинским препаратам, так и в опыте самих врачей, участвующих в операции, поэтому очень важно планирование операции, подготовка к ней и проведение того анестезиологического пособия, которое будет максимально безопасно и комфортно пациенту,

с учетом развития массивного акушерского кровотечения.

Toledano R., Leffert L. Anesthetic and Obstetric Management of Placenta Accreta: Clinical Experience and Available Evidence. *Current Anesthesiology Reports*. 2017, 7(1): 93-102



Комментарий научного редактора Роненсон А.М.



Интубировать или нет, вот в чем вопрос?

Конечно, прочитав современные статьи на тему анестезиологического обеспечения при операции КС с аномалией прикрепления плаценты, может возникнуть много вопросов. Действительно, современные тренды — это проведение КСЭА с отсроченной интубацией или вовсе без нее. НО! Обратите внимание, что почти в половине случаев проводятся ИР-процедуры (эмболизация маточных артерий или установка окклюзионных баллонов в маточные артерии). Цель этих вмешательств - максимально уменьшить объем кровопотери и, конечно, в таких условиях работы возможно проведение нейроаксиальной анестезии. Но в большинстве клиник нашей огромной страны такие процедуры не проводятся и зачастую врачи сталкиваются с массивной кровопотерей, нестабильной гемодинамикой. И в таких условиях, когда нужно заниматься стабилизацией витальных функций и трансфузией, приходится проводить экстренную интубацию и перевод на ИВЛ. Не надо также забывать, что большинство статей описывают опыт университетских клиник, где проводятся исследовательские работы и выбор анестезии зачастую зависит именно от научной деятельности. Условия проведения таких операций очень сильно отличаются от нашей с вами действительности, узкие специалисты всегда могут прийти на помощь, а у нас в РФ до сих пор родильные дома находятся в обособленном состоянии от общепрофильных больниц. Помните, в нашей специальности мелочи играют важную роль.

Воспроизвести полностью условия работы операционной за рубежом в наших реалиях почти невозможно. У нас нет такого банка крови с запасом почти всех компонентов: плазмы, криопреципитата. Нет в операционной по экстренности 3-4 свободных анестезиологов, которые будут помогать. Следовательно, нужно очень внимательно и настороженно относиться к опыту зарубежных коллег и взвешивать свои силы и возможности.

В РФ действуют Федеральные клинические рекомендации по анестезиологии и интенсивной терапии в акушерстве и гинекологии, и только их четкое соблюдение позволит вам правильно и, самое главное, безопасно оказать медицинскую помощь!

Клинические рекомендации – ваша надежная защита!!!

Комментарий члена президиума Ассоциации ААР **Шаповалова Константина Геннадьевича** —



д.м.н., заведующий кафедрой анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Председатель Совета НКО «Забайкальское общество анестезиологов-реаниматологов» (Чита)

В статье приводится безусловно интересная и актуальная проблема акушерской анестезиологии - ведение пациенток с аномалиями прикрепления плаценты. Такая ситуация является угрожающей в плане материнской смертности как в результате острой массивной кровопотери, так и вследствие сопутствующих ей факторов. Несмотря на небольшую распространенность, возрастание частоты оперативных родоразрешений повышает риск аномалии плацентации. В результате аномалии прикрепления плаценты неизбежно усложняют работу врача анестезиолога-реаниматолога.

Вопрос выбора оптимального метода обезболивания при операции КС по сути, идентичен давно известной и широко обсуждаемой проблеме целесообразности и безопасности применения региональных методов анестезиологического обеспечения хирургических вмешательств при прогнозируемой тяжелой гиповолемии или кровопотере, их преимуществ и недостатков. Достоинства нейроаксиальных методик при оперативном родоразрешении подробно описаны в соответствующих клинических рекомендациях. Однако симпатический блок при гиповолемии усугубляет несоответствие объема циркулирующей крови емкости сосудистого русла и может являться триггером декомпенсации функции кровообращения. Серьезные клинические исследования по данному вопросу затруднительны ввиду небольшого количества случаев, проблем их сопоставления, девиаций условий работы медицинских организаций и систем здравоохранения.

В контексте статьи прослеживается возможность выделения 2 групп условий оказания медицинской помощи при рассматриваемой патологии.

1. Стационары 3 уровня с возможностью применения современных кровесберегающих технологий, неограниченной доступностью трансфузионных сред, наличием сосудистого хирурга, расширенным мониторингом витальных функций и пр. В таких условиях, как правило, имеется возможность разделения ответственности и привлечения наиболее опытных специалистов. Реализация регионарных методов вполне оправдана. В статье приводятся убедительные доводы в пользу эпидуральной или комбинированной спинально-эпидуральной анестезии относительно спинальной. Отдельный вопрос - переход с нейроаксиальной на общую анестезию на определенном этапе операции. В данном случае, понятно, повышается управляемость витальными функциями, но, тем не менее, остается проблема влияния симпатического блока на систему кровообращения.

2. Стационары низшего уровня с ограниченными лечебно-диагностическими ресурсами. Применение регионарных методик сопряжено с явным возрастанием риска неблагоприятного исхода и едва ли целесообразно.

Пожалуй, ключевым моментом ведения таких пациенток является возможность своевременного прогнозирования аномалий прикрепления плаценты. Это позволяет реализовать программу маршрутизации и адекватно подготовиться как акушерским, так и анестезиологическим бригадам. Наиболее проблемный вариант - интраоперационная диагностика аномалий прикрепления плаценты в условиях ЦРБ. Такая ситуация сопряжена с максимальным риском летальности ввиду нередкого несоответствия возможностей медорганизации объему необходимой помощи.

Насколько актуально создание клинических рекомендаций по обсуждаемой проблеме? С точки зрения регламентации действий врача подобный документ оправдан. Целесообразно в информированном согласии указывать возможность наличия аномалий прикрепления плаценты как фактора, существенно повышающего риск осложнений и неблагоприятного исхода. Необходимо нормативное описание условий, при которых возможно проведение оперативного вмешательства с применением регионарных методик обезболивания. Все это будет способствовать как улучшению качества оказания медицинской помощи, так и защите врача от необоснованного юридического преследования.

Комментарий Боженкова Константина Александровича – к.м.н., заведующий отделением анестезиологии-реанимации акушерского корпуса ОГБУЗ «Клиническая больница №1» г. Смоленска, врач анестезиолог-реаниматолог высшей категории, врач трансфузиолог.



Проблема анестезиологической тактики у пациенток с аномалией прикрепления плаценты, безусловно, актуальна, а выбор оптимального метода анестезии является важной и непростой задачей. В связи с невысокой частотой встречаемости данной патологии, определить оптимальную методику обезболивания также не просто. И если еще десятилетие назад при оперативном родоразрешении пациенток с аномалией прикрепления плаценты нами проводилась бы исключительно общая анестезия с интубацией трахеи, то на

сегодняшний день считаем возможным применение у них и регионарных методик обезболивания. На наш взгляд, при выборе варианта анестезии следует обращать внимание на:

1. Глубину врастания плаценты: если при *placenta accreta* регионарную анестезию мы рассматриваем как вариант обезболивания при плановом оперативном родоразрешении, то при *placenta increta* и, тем более, *placenta percreta* наш выбор – однозначно в сторону общей анестезии с интубацией трахеи.

Как вариант обезболивания таких пациенток – комбинированная анестезия: эпидуральная анестезия с последующей интубацией трахеи и искусственной вентиляцией легких. На наш взгляд, эта методика в сравнении с общей или регионарной анестезией:

- позволит значительно уменьшить потребность в препаратах для общей или регионарной анестезии;
- уменьшит наркозную депрессию плода;
- позволит лучше управлять глубиной, продолжительностью анестезии в зависимости от этапа операции и величины кровопотери;
- при массивной кровопотере не будет необходимости в экстренной интубации трахеи;
- обеспечит адекватное обезболивание как во время операции, так и в послеоперационном периоде, что особенно важно, с учетом агрессии предполагаемого оперативного вмешательства;
- уменьшит эмоциональную составляющую как в операционной бригаде, так и у пациентки.

2. Опыт операционной бригады – акушеров-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов, возможности стационара, мощность трансфузиологической службы, предпочтения пациентки.

3. На наш взгляд, независимо от выбранной методики обезболивания, таким пациенткам необходима предоперационная катетеризация двух периферических вен катетерами большого диаметра, что обеспечит скорейшее своевременное восполнение кровопотери, предупредит панику при массивном кровотечении.

Непреднамеренная интраоперационная гипотермия при операции КС под спинальной анестезией: делаем ли мы достаточно для того, чтобы согреть наших рожениц?

Нейроаксиальная анестезия в настоящее время является анестезией выбора при операции КС. Согласно недавнему докладу, примерно 94% всех операций КС в Соединенных Штатах Америки проводятся с использованием этого метода. Непреднамеренное охлаждение температуры тела пациента менее 36°C, уже давно является признанным осложнением общей анестезии. Однако это также часто встречается у беременных во время операции КС под спинальной анестезией КС, при этом частота гипотермии достигает 91%. В общей хирургической популяции непреднамеренная интраоперационная гипотермия связана с неблагоприятными исходами, которые включают увеличенную кровопотерю, более высокую частоту инфекционных осложнений послеоперационной раны, ишемии миокарда и длительную госпитализацию. В группе акушерских пациентов гипотермия новорожденных, которая может возникнуть в результате гипотермии матери, связана с увеличением частоты респираторного дистресс-синдрома, гипогликемии и неонатальной смертности, особенно у недоношенных и новорожденных с экстремально низкой массой тела. Хотя неблагоприятные хирургические исходы, связанные с гипотермией, не были адекватно оценены в акушерской популяции, методы активного согревания, направленные на предотвращение непреднамеренной интраоперационной гипотермии, были связаны с уменьшением частоты дрожи у матери, улучшением комфорта, снижением гипотермии новорожденных и улучшенным кислотно-основным состоянием. Внедрение протоколов FAST TRACK (быстрое хирургическое



восстановление), которые включают в себя интраоперационное активное согревание, сократило длительность госпитализации родильниц после плановой операции КС под спинальной анестезией.

Высокая частота интраоперационной гипотермии у рожениц при спинальной анестезии не должна удивлять. Спинальная анестезия значительно ухудшает ауторегуляцию путем ингибирования вазомоторных реакций и вызывает тепловое перераспределение от ядра к периферическим тканям. Перераспределение тепла по дерматомам является значительным предиктором гипотермии у пациентов под спинальной анестезией, увеличивающим риск при широком распространении. Кроме того, спинальная анестезия не всегда связана со значительным тепловым дискомфортом несмотря на то, что пациенты испытывают гипотермию, механизмы её возникновения до сих пор остаются неясными. Спинальная анестезия блокирует сенсорный импульс о холоде, поступающий от нижних конечностей к терморегуляторным центрам, который затем может восприниматься пациентами как относительное тепло. Так же возможно, что введение морфина интратекально, которое в настоящее время считается золотым стандартом для послеоперационной анальгезии при операции КС, может еще более усугубить непреднамеренную интраоперационную гипотермию. Обращаем ваше внимание, что на территории РФ применение Морфина нейроаксиально разрешено только эпидурально!

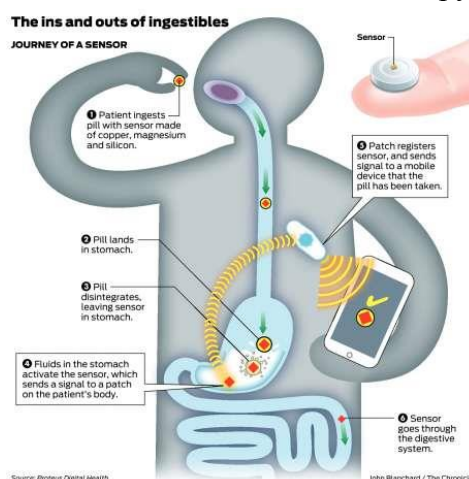
Несмотря на высокую частоту непреднамеренной интраоперационной гипотермии, регулярный мониторинг температуры не является рутинной практикой. У пациентов, получавших нейроаксиальную анестезию при общих хирургических процедурах, только треть врачей сообщали о регулярном мониторинге интраоперационной температуры. В Соединенном Королевстве только 27% учреждений акушерского профиля регулярно контролируют интраоперационную температуру роженицы. Редкое использование, вероятно, отражает тот факт, что традиционные методы для измерения температуры не подходят для того, чтобы постоянно контролировать температуру роженицы при операции КС. Однако доступность новых неинвазивных устройств, которые используют принцип нулевого теплового потока и демонстрируют хорошую

корреляцию с другими методами мониторинга температуры, может быть более подходящим методом для этого профиля пациентов. В февральском номере «Anesthesia & Analgesia», Toit и соавторы использовали специальный температурный датчик в виде маленькой капсулы, который пациентка проглатывала, и описали с высокой достоверностью картину резкого снижения температуры после спинальной анестезии. В этом обсервационном исследовании активные меры по согреванию не были рутинно использованы, и у рожениц наблюдалось среднее снижение температуры кишечника на 1,30°C, что, скорее всего, связано с перераспределением тепла. Среднее время до самой низкой температуры кишечника составляло примерно 1 ч от начала спинальной анестезии, а у 75% рожениц температура кишечника продолжала падать даже после выхода из операционной. Для восстановления температуры в кишечнике потребовалось в

среднем 4,5 часа, а у 29% рожениц температура не возвращалась к исходному уровню в течение 8 часов. Эти данные свидетельствуют о том, что значительная часть рожениц продолжает испытывать гипотермию в палате пробуждения и послеродовом отделении, когда меры по активному согреванию скорее всего будут прекращены. В общей популяции пациентов с хирургическим вмешательством интраоперационная продолжительность гипотермического воздействия является значительным предиктором увеличения частоты интраоперационной гемотрансфузии. Тяжесть гипотермии, вызванной спинальной анестезией, может быть предиктором неблагоприятных исходов у рожениц, сопоставимых с теми, которые наблюдаются у общего хирургического профиля. Однако есть

недостаток данных, исследующих неблагоприятные хирургические результаты, связанные с гипотермией в акушерской популяции. Кроме того, почти все исследования, посвященные методам активного согревания, прекращают сбор данных в палате пробуждения и, следовательно, не покрывают всю продолжительность гипотермии, вызванной спинальной анестезией.

Наилучшая стратегия предотвращения непреднамеренной интраоперационной гипотермии неизвестна. Недавний мета-анализ показал, что активное согревание с помощью устройств направленного потока тепла или путем введения теплых растворов у рожениц при плановой операции КС под нейроаксиальной анестезией, снижает максимальное падение температуры и частоту гипотермии по сравнению с методами пассивного согревания. Активные методы согревания также повысили тепловой комфорт и уменьшили частоту дрожи у матери. Кроме



того, активное согревание уменьшило гипотермию новорожденных и улучшило pH крови из артерии пуповины, демонстрируя, что активное согревание может также иметь преимущества для новорожденных. Однако преимущества только одного типа активного согревания для контроля температуры матери, проведенные до настоящего времени, были малочисленными, причем большинство исследований сообщают о разнице температур не более 0,2-0,5°C между группами согревания и контроля. Методы мультимодального согревания в теории могут быть более эффективными, но комбинация интраоперационного направленного потока теплого воздуха и теплых растворов показала ограниченную эффективность в снижении гипотермии после спинальной анестезии при операции КС, с частотой возникновения гипотермии до 64% по сравнению с 91% в контрольной группе. В февральском номере «Anesthesia & Analgesia», Munday и соавторы оценили эффективность другой стратегии мультимодального активного согревания рожениц при операции КС под спинальной анестезией с введением морфина интратекально. В этом исследовании добавление 20 минутного предоперационного согревания с использованием направленного потока теплого воздуха к интраоперационному введению теплых растворов не привело к значительному уменьшению частоты непреднамеренной интраоперационной гипотермии или скорости её снижения по сравнению с группой, где использовались только теплые растворы, но исследование не включало контрольную группу, не получающую никакой методики согревания. На самом деле 48% и 64% рожениц в группах мультимодальной и одной методикой обогрева, соответственно, испытывали гипотермию при



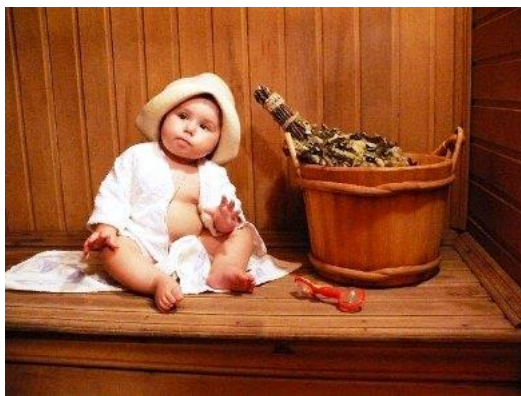
поступлении в палату пробуждения, а 68% и 80% соответственно нуждались в согревании, подтверждая выводы Toit и соавторов, что температура продолжает снижаться в послеоперационном периоде. Это исследование использовало только направленный поток теплого воздуха до операции и не продолжало его интраоперационно. В то время как предоперационное согревание было предложено как эффективная стратегия предотвращения гипотермии, особенно при коротких хирургических операциях под общей анестезией, исследование, проведенное Munday и соавторами, показывает, что его эффективность ограничена у рожениц при операции КС под спинальной анестезией. Сочетание предоперационного и интраоперационного согревания направленным потоком теплого воздуха с инфузией теплых растворов может быть более эффективным. Фактически, из всех исследований, посвященных исследованиям технологий активного согревания при операции КС, есть только одна работа, которая показала наибольшую разницу в температуре роженицы между активной и пассивной группами согревания (1,1°C). Однако это исследование представляет собой комбинацию предоперационного и интраоперационного согревания направленным потоком теплого воздуха и теплых растворов у рожениц под эпидуральной анестезией, и подобных исследований на сегодняшний день у пациенток со спинальной анестезией не существует.

Исследования также недостаточно отражают влияние температуры окружающей среды в операционной на частоту и тяжесть непреднамеренной интраоперационной гипотермии у матери и новорожденного и идеальную температуру для ее профилактики. Несмотря на то, что Всемирная организация

здравоохранения рекомендует минимальную температуру в родовой 25°C для снижения гипотермии новорожденных, возможность использования этой температуры во время операции не исследовалась. В общехирургической популяции, при спинальной анестезии, температура окружающей среды не является предиктором гипотермии. Однако у рожениц при операции КС, одно исследование показало, что более высокая температура окружающей среды или 23°C по сравнению с 20°C в сочетании с другими методами согревания роженицы, немного снижала частоту гипотермии у матери и новорожденного, но не приводила к отсутствию значительного снижения неблагоприятных исходов новорожденных.

Однако хирурги испытывали более выраженный дискомфорт при высокой температуре в операционной.

Чтобы улучшить выявление и предотвращение непреднамеренной интраоперационной гипотермии у рожениц при операции КС под спинальной анестезией, необходимо пересмотреть текущие методы контроля температуры и возможности согревания рожениц. Улучшенный контроль за интраоперационной температурой, может позволить выявить рожениц, которые продолжают испытывать гипотермию, особенно в послеоперационном периоде и провести активные меры по их согреванию. Фактически, по мере того как мы становимся более осведомленными о продолжительности непреднамеренной интраоперационной гипотермии, продолжающееся активное согревание в послеоперационном периоде, может дополнять предоперационные и интраоперационные методы согревания.



Непреднамеренная интраоперационная гипотермия обычно встречается у рожениц со спинальной анестезией при операции КС, но это может быть только верхушка айсберга. Исследование Toit и соавторов предполагает, что мы можем значительно недооценивать масштабы и продолжительность этой гипотермии. Наши нынешние методы согревания, по-видимому, имеют ограниченную эффективность при одном методе использования, и может потребоваться сочетание наших возможностей, начатых до операции, и продолжающихся интраоперационно и после операции в палате пробуждения. Нам необходимо сосредоточить наши усилия на изучении механизмов, которые способствуют

непреднамеренной интраоперационной гипотермии у рожениц, разработке эффективных стратегий снижения ее частоты, идентификации пациенток с большим риском гипотермии и определения влияния непреднамеренной интраоперационной гипотермии на неблагоприятные материнские и неонатальные исходы. Исследования также должны продлить продолжительность мониторинга температуры намного дальше раннего периода восстановления. Усилия, направленные на предотвращение непреднамеренной интраоперационной гипотермии у рожениц, могут иметь далеко идущие последствия, которые выходят за пределы операционной.

Allen T., Habib A. Inadvertent Perioperative Hypothermia Induced by Spinal Anesthesia for Cesarean Delivery Might Be More Significant Than We Think: Are We Doing Enough to Warm Our Parturients? *Anesthesia & Analgesia*. 2018; 126(1): 7-9

Применение гранисетрона для профилактики постспинальной дрожи при операции КС

Известно, что серотонинергическая система участвует в регуляции постспинальной дрожи. Гипотеза авторов заключалась в том, что профилактическое применение гранисетрона (антагониста серотонина) может снизить частоту постспинальной дрожи при операции КС.

Беременные при плановой операции КС были поделены на группу с введением 0,9% физиологического раствора (группа I, n = 71) и группу с введением 1 мг гранисетрона (группа II, n = 69) или 0,7 мг гранисетрона (группа III, n = 72) до спинальной анестезии. Оценивались: гемодинамика, температура в барабанной перепонке, показатели Апгара, показатели дрожи, удовлетворенность роженицей по профилактике дрожи и побочные эффекты.

Клинически значимая дрожь отмечалась у 55/71 рожениц (77,5%) в группе I, 11/69 (15,9%) в группе II и 21/72 (29,2%) в III группе (P = 0,000). Интенсивность дрожи была значительно ниже у рожениц, получавших гранисетрон 1 мг по сравнению с 0,7 мг гранисетрона или физиологическим раствором (P = 0,000). У рожениц, получавших профилактически



гранисетрон 1 мг, отмечались более низкие показатели среднего артериального давления и частоты сердечных сокращений, что потребовало больших доз внутривенного эфедрина по сравнению с 0,7 мг гранисетрона или плацебо (P <0,05). Частота зуда была значительно меньше (0%) в группах гранисетрона по сравнению с контрольной группой (22,5%) (P = 0,000). Тошнота была выявлена у 8 рожениц по сравнению с 10 и 4 в группах I, II и III соответственно (P <0,03). У 16 по сравнению с 8 и 6 роженицами была рвота в I, II и III группе соответственно (P <0,03). Более высокие оценки удовлетворенности были определены в группе II (9,83 ± 0,29, P <0,03) и III (9,14 ± 1,04, P <0,04) по сравнению с контрольной группой (8,23 ± 1,14).

Профилактическое применение гранисетрона эффективно уменьшает частоту и тяжесть постспинальной дрожи и обладает дозозависимым эффектом по сравнению с плацебо.

[Abdel-Ghaffar HS, Moeen SM. Prophylactic Granisetron for post-spinal anesthesia shivering in Caesarean Section: a randomized controlled clinical study. Acta Anaesthesiologica Scandinavica 2018](#)

Комментарий Белова Александра Викторовича - к.м.н., врач отделения анестезиологии и реанимации ФБГУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова" Минздрава РФ, доцент кафедры анестезиологии, реаниматологии и перинатологии ФБГУ "НМИЦ АГиП им. В.И. Кулакова"



Проблема интраоперационной дрожи во время оперативного родоразрешения знакома многим акушерским анестезиологам не понаслышке. Больше половины женщин отмечают это неприятное осложнение. И наряду с базовыми принципами лечения и профилактики дрожи (согревание пациентки, смена мокрого белья, инфузия подогретых растворов, психоэмоциональный комфорт и т.д.), существует огромный арсенал медикаментозных средств с различной степенью эффективности.

Эти препараты относятся к разным классам, что и не удивительно, учитывая сложный и многообразный механизм формирования интраоперационной дрожи. И довольно интересное исследование наших зарубежных коллег с гранисетроном тому подтверждение. Это не первая работа, подчеркивающая возможность применения антагонистов 5-HT₃ рецепторов в качестве средств для купирования постспинальной дрожи. В октябре 2016 вышел мета-анализ китайских авторов Wen Wang и соавторов, посвященный этой проблеме.

Наш опыт применения ондансетрона для купирования постспинальной дрожи не столь богат, но все же позволяет сделать ряд выводов и замечаний. Во-первых, мы не увидели значимой разницы в эффективности доз 4 мг и 8 мг, в отличие от авторов, подчеркивающих дозозависимый эффект гранисетрона. Во-вторых, при использовании ондансетрона в виде монотерапии купирование дрожи мы наблюдали лишь в 40-45% случаев, что не позволяет нам считать эти препараты методом выбора. В-третьих, нами не отмечено сколь-либо значимого влияния ондансетрона на гемодинамику пациентов. Но, учитывая достаточно мощный противорвотный эффект ондансетрона, мы рекомендуем его применение именно в качестве антиэметического средства или как дополнительный компонент в терапии постспинальной дрожи.

Если же рассматривать наиболее эффективные препараты, то пальму первенства мы все-таки оставляем за наркотическими и центральными анальгетиками: нефопам, фентанил, трамадол. При их использовании (внутривенное титрование) купирование дрожи наблюдали почти в 90-95% случаев, при низком (не более 10%) проценте рецидива дрожи.

Резюмируя данный вопрос, следует подчеркнуть, что идеального средства для купирования или профилактики постспинальной дрожи нет, хотя наиболее близок к этому определению все-таки нефопам. И мы не откроем Америку, подчеркивая, что наиболее эффективные результаты в купировании постспинальной дрожи дает именно комплексное применение медикаментозных и немедикаментозных средств, хотя, как показывает мировой опыт в этом направлении, поиск «волшебного» эффективного средства продолжается и проблема еще далека от разрешения.

Окно в Париж



С самого начала своего существования, Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов активно способствовала обучению отечественных специалистов за рубежом. Ежегодно с 2014 года группы анестезиологов-реаниматологов из России посещали клинику «Шаарей Цедек» в Израиле, где под руководством Александра Иосковича принимали и делились опытом с коллегами, слушали лекции, знакомились со спецификой, разработанных в Израиле, методов лечения и устройством клиник. В 2017 году эта традиция получила достойное продолжение. Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов совместно с Французским обществом анестезиологии и реаниматологии (SFAR) организовали поездку группы Российских специалистов во Францию. Страны западной Европы и, в частности, Французская республика всегда отличались высоким уровнем здравоохранения и низкими показателями материнской смертности, таким образом, сама идея знакомства с французским опытом показалась нам крайне любопытной и заслуживающей внимания. В начале декабря 2017 года, решив организационные вопросы и собрав чемоданы, команда врачей отправилась в Париж. Людми, встретившими делегацию АААР, стали: председатель (SFAR) Франсис Бонне (Francis Bonnet) и большой друг Ассоциации - профессор Евгений Дмитриевич Чумаченко.

Приезд врачей из России с огромным интересом был воспринят французскими коллегами. Они были очень удивлены

Il nous faut peu de mots pour exprimer l'essentiel.

Il nous faut tous les mots pour le rendre réel.

Antoine de Saint-Exupéry

Нам нужно немного слов, чтобы выразить суть.

Нам нужны все слова, чтобы сделать ее реальностью

Антуан де Сент-Экзюпери

географией нашей делегации, ведь в её составе были специалисты из Санкт-Петербурга, Йошкар-Олы, Екатеринбурга, Красноярска и т.д. Языковой барьер был с легкостью преодолен, благодаря всесторонней помощи Евгения Дмитриевича и членов его семьи, которые добровольно взяли на себя роль переводчиков-синхронистов и блестяще справились с взятыми на себя обязательствами, оказывая поддержку и помощь членам делегации. Образовательная программа была воплощена в теоретической и практической части. Теоретическая часть представлена лекциями ведущих французских специалистов в штаб-квартире SFAR, где за два с половиной дня, с небольшими перерывами на дружеский ланч, был освоен обширный лекционный материал по основным проблемам анестезии и интенсивной терапии в акушерстве. Практическую часть составили поездки по крупнейшим госпиталям французской столицы, где кураторы делегации демонстрировали эффективное применение озвученной теории на практике. Команде АААР была предоставлена уникальная возможность погрузиться в работу клиники в течение дня, сравнить подходы к лечению, технические и материальные возможности, бытовые условия работы медицинского персонала. Безусловно, каждый из обучавшихся вынес для себя что-то новое, взял на вооружение тот или иной метод или тактику, увидел альтернативные пути решения знакомых задач.

По истечении обучения французской стороной была организована поездка на север

Франции в Нормандию, оставившая у Российских специалистов самое приятное впечатление. Помимо посещения архитектурных и природных достопримечательностей было организовано знакомство с важнейшей частью французской культуры - гастрономией и виноделием. Таким образом завершилось первое Русско-Французское образовательное мероприятие. Все делегаты, посетившие Францию, отметили особенную дружественную и непринужденную атмосферу общения с иностранными коллегами, их живой интерес к тому, как устроено здравоохранение в России. Многие из участников предложили альтернативный

формат, было высказано предложение дополнить лекции французских коллег собственными выступлениями и мастер-классами.

Итогом поездки стали тезисы:

- Уровень подготовки, научно-практической работы, методов профилактики, лечения и реабилитации жизнеугрожающих состояний в России и Франции совпадает и находится на высоком уровне.

- Организовать европейскую систему оказания акушерской помощи в России абсолютно реально, а в ряде крупных центров она реализована уже сегодня.

Отзывы о поездке делегатов из России

«Все представители нашей делегации отметили высокий уровень французских коллег и желание делиться своими знаниями. Думаю, что каждый нашел для себя моменты, которые стоит использовать в собственной практике. При этом мы также осознали, что работаем во многих отношениях не хуже и имеем сравнимый с французами уровень оснащенности наших университетских клиник. Очень благодарен Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов за правильный выбор места проведения программы и возможность коллегиального общения с лидерами мнения в нашей специальности среди французов.»



«Некоторые моменты, в силу ряда причин, были затронуты лишь в кулуарных обсуждениях. Так, по техническим причинам, во Франции не получила широкого распространения акушерская комбинированная спинально-эпидуральная анестезия/анальгезия. В связи с рутинным применением интратекального морфина, периферической регионарной анальгезии после кесарева сечения не было уделено внимания, хотя для врачей из России, работающих в условиях запрета спинальных опиоидов, эти методы могли бы представлять определенный интерес. Проблема тромботических микроангиопатий, как одного из универсальных патологических процессов, также оказалась не слишком актуальной для Пятой республики.»

Е. Гарбузов

«Посещение клиники не только порадовало возможностью посмотреть «а как у них», но и чем-то удивило. Транспортировка в другую госпиталь пациентки с продолжающимся кровотечением для эмболизации маточных артерий для меня пока выше понимания. Но ведь люди так работают и достигают результата! Значит это возможно при соблюдении определенных условий. Надо думать. Другой момент - реанимация для родственников открыта 24 часа в сутки, родственники могут

А. Бессмертный

«Посещение клиники не только порадовало возможностью посмотреть «а как у них», но и чем-то удивило. Транспортировка в другую госпиталь пациентки с продолжающимся кровотечением для эмболизации маточных артерий для меня пока выше понимания. Но ведь люди так работают и достигают результата! Значит это возможно при соблюдении определенных условий. Надо думать. Другой момент - реанимация для родственников открыта 24 часа в сутки, родственники могут

проходить в верхней одежде, не переодеваются, не переобуваются (им бы наш СанПиН). Да, у нас в больнице уже несколько лет все реанимационные отделения открыты для родственников, но не круглые сутки.»

Е. Мишина

«Поездка была полезна в практическом плане и позволила сравнить российский и европейский опыт оказания анестезиологической и реанимационной помощи. В этой связи необходимо отметить работу АААР в части подготовки и внедрения в практику клинических рекомендаций (протоколов лечения), благодаря чему российские клинические рекомендации соответствуют мировым и европейским стандартам качества оказания медицинской помощи, в чем члены делегации убедились лично в ходе живого и непосредственного общения с французскими коллегами. Благодаря проделанной огромной работе организаторов поездки и отлично подобранному составу делегации поездка прошла,



что называется «без сучка, без задоринки» и оставила самое благоприятное впечатление. Огромное спасибо организаторам за их миссию!»

Д. Никифоров

«Как научная программа, так поездка в целом оставила только благоприятное впечатление. После активного обсуждения актуальных вопросов современной акушерской анестезиологии-реаниматологии с французскими коллегами стало понятно, что уровень научно-практической работы, методов профилактики, лечения и реабилитации жизнеугрожающих состояний у нас совпадает и находится на высоком уровне. Интересное и познавательное погружение в течение дня в работу медицинской клиники. Ну, и конечно, возможность ближе узнать французскую культуру, историю, гастрономию оставили самые приятные впечатления.»

И. Давыдов



Минздрав подготовил законопроект о внеочередной переквалификации врачей, которые нарушили протоколы лечения

"Минздрав подготовил законопроект, связанный с формированием системы управления качеством медицинской помощи: в том случае, если какой-то врач регулярно нарушает протоколы лечения и рекомендации, которые консенсусно принимаются нашим ведущим экспертным сообществом, то у нас появляется механизм внеочередной аккредитации, то есть внеочередного повторного допуска к профессиональной деятельности", - заявила журналистам министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова.

Министр пояснила, что такие мероприятия проводит профессиональное медицинское сообщество в соответствии с поступившими к нему рекомендациями.

Она напомнила, что трудовое законодательство предусматривает дисциплинарную ответственность за ненадлежащее выполнение своих обязанностей вопреки профессиональным стандартам. "Вот эти механизмы могут показаться мягкими, но они действенные", - подчеркнула Скворцова. Сославшись на свой опыт медицинской работы, она заметила, что, когда коллеги ставят под сомнение компетентность врача, ему становится "очень неприятно и стыдно". Министр отметила, что рассчитывает, что этих упомянутых мер будет достаточно.

Источник: ТАСС

Комментирует **Валентина Митрофанова** - заместитель председателя и руководитель рабочей группы по профессиональным стандартам Совета по профессиональным квалификациям в области управления персоналом Национального Совета при Президенте РФ по профессиональным квалификациям, учредитель и директор IPK Group, эксперт по вопросам трудового законодательства и реализации управленческих решений.

Дисциплина труда состоит из двух основных управленческих составляющих – это поощрение работников и применение к ним мер дисциплинарного взыскания. То есть пресловутые «кнут и пряник». Так вот, на «пряник» профессиональные стандарты напрямую никак не влияют. Лишь сам работодатель по своей инициативе может установить в конкретной компании какие-то меры поощрения работников в привязке к профессиональным стандартам. Но так как профессиональный стандарт устанавливает все-таки «минимальные требования», то само соответствие работника требованиям профессионального стандарта не может являться его «заслугой». Заслуга работника должна быть связана с достижением каких-то - повышенных показателей, а не выполнением - минимальных.

А вот на привлечение работника к дисциплинарной ответственности профессиональные стандарты, естественно, влиять могут. Применить к работнику дисциплинарное взыскание можно в том случае, когда он ненадлежаще выполняет возложенные на него трудовые обязанности, согласно ст. 193 ТК РФ, а сами трудовые обязанности должны прописываться в кадровых документах сотрудника в соответствии с профессиональными стандартами, принятыми по данному виду профессиональной деятельности (п. 25 постановления Правительства РФ от 22.01.2013 № 23 «О правилах разработки, утверждения и применения - профессиональных стандартов», далее - постановление Правительства № 23).

Отсюда получается, что если при корректировке кадровых документов работника по причине внедрения профессиональных стандартов будут скорректированы должностные обязанности работника, то и требования работодателя к нему также будут изменены. И сотрудник, некачественно выполняющий свои должностные обязанности, может быть привлечен к дисциплинарному взысканию (на основании ст. 192 ТК РФ).

Возможна здесь и иная ситуация. Например, по итогам проведенной аттестации работника работодатель организовал ему

обучение в соответствии с теми требованиями к знаниям и умениям, которые прописаны в профессиональном стандарте. Если позже работник, осуществляя какие-то профессиональные действия, покажет, что у него нет фактически таких знаний или умений, то это будет являться основанием для - наложения на него дисциплинарного взыскания.

Естественно, здесь возможно возникновение конфликтной ситуации с работником, который может уверять, что обучение было проведено на некачественном уровне. Тем не менее в связи с внедрением профессиональных стандартов обосновывать причину предъявления тех или иных требований к работникам будет гораздо проще.

Подытожим: профессиональные стандарты могут влиять на привлечение персонала к дисциплинарной ответственности в том случае, если кадровые документы работника в части его должностных обязанностей были скорректированы. Также основаниями могут служить фактически не демонстрируемые работником знания и умения, установленные в профессиональном стандарте, в том случае, когда работодатель либо убедился, что у него эти знания и умения есть (например, в процедуре аттестации), либо обучил работника.



Источник: ДелоПресс

«Теория и практика анестезии и интенсивной терапии в акушерстве и гинекологии»

Первый совместный конгресс акушерской анестезиологии (ОАА-ОАИА),
посвященный памяти Джеральдины О'Салливан



III Съезд Ассоциации акушерских
анестезиологов-реаниматологов



Палитра Петербургской осени заиграет новыми красками!

2-е ИЗВЕЩЕНИЕ

Уважаемые участники международного конгресса в Санкт-Петербурге!

С гордостью сообщаем Вам, что совместный конгресс Британской и Российской Ассоциаций акушерских анестезиологов расширяет свои границы.

Кроме лекторов из Великобритании и России, вы услышите докладчиков из Бельгии, Израиля, США и Польши!

В тесном сотрудничестве с нашими британскими коллегами мы составили для вас научную программу, охватывающую основные направления акушерской анестезиологии. Совместные чтения – это уникальный шанс узнать о современных тенденциях развития анестезии и интенсивной терапии в акушерстве от ведущих мировых специалистов.

Место проведения: 196240, г. Санкт Петербург,
Площадь Победы д.1, Парк Инн Пулковская

5-7 сентября 2018

Больше информации на нашем сайте:
www.arfpoint.com

День 1. 5 Сентября		
Время	Тема заседания	Докладчик
СЕКЦИОННОЕ ЗАСЕДАНИЕ 1	АНАЛЬГЕЗИЯ В РОДАХ	
	Анальгезия в родах – регионарные методы обезболивания	Dr. Roshan Fernando (GB)
	Медикаментозные методы обезболивания родов	Докладчик уточняется
	Постпункционная головная боль Вопросы/дискуссия	Dr. Alexander Ioscovich (ISR)
СЕКЦИОННОЕ ЗАСЕДАНИЕ 2	АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ 1	
	Анестезия при экстренном родоразрешении	Dr. Roshan Fernando (GB)
	Комбинированная спинально-эпидуральная/спинальная анестезия при плановой операции кесарево сечение	Dr. Marcel Vercauteren (B)
	Определение степени срочности операции кесарево сечение	Dr. Nuala Lucas (GB)
	Лечение артериальной гипотонии, обусловленной спинальной анестезией – рекомендации международного консенсуса	Dr. Roshan Fernando (GB)
	Ультразвуковое исследование желудка для анестезиолога	Bulat Tuyakov (PL)
	Вопросы/дискуссия ОБЕД	
СЕКЦИОННОЕ ЗАСЕДАНИЕ 3	АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ 2	
	Общая анестезия для операции кесарево сечение: вперед к новым методикам	Dr. Marc Van de Velde (B)
	Анальгезия после операции кесарево сечение	Докладчик уточняется
	Когнитивная дисфункция у пациенток после операции кесарево сечение	Dr. Alexey Ovezov (RUS)
	10 главных публикаций за истекшие 5 лет, которые изменили мою работу Обсуждение/дискуссия	Dr. Marc Van de Velde (B)
СЕКЦИОННОЕ ЗАСЕДАНИЕ 4	ВОПРОСЫ ОСНАЩЕНИЯ В АКУШЕРСКОЙ АНЕСТЕЗИИ	
	Трудные дыхательные пути	Alexandr Ronenson (RUS)
	Ультразвук и регионарная анестезия для акушерского анестезиолога	Bulat Tuyakov (PL)
	Вопросы/дискуссия	
День 2. 6 Сентября		
СЕКЦИОННОЕ ЗАСЕДАНИЕ 5	АКУШЕРСКОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ	
	Послеродовое кровотечение – акушерская тактика	Dr. Sergey Barinov (RUS)
	Послеродовое кровотечение – анестезиологическая тактика	Dr. Alexander Ioscovich (ISR)
	Факторы свертывания при массивном акушерском кровотечении	Andrey Matkovski (RUS)
	Окситоцин и другие утеротоники при операции кесарево сечение: оптимизация применения препаратов	Dr. Lawrence Tsen (USA)
	Вопросы/дискуссия	
СЕКЦИОННОЕ ЗАСЕДАНИЕ 6	КРИТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ В АКУШЕРСТВЕ 1	
	Хирургическая тактика у пациенток с патологической плацентацией	Andrey Zhilin (RUS)
	Презклампсия и HELLP-синдром	Dr. Robin Russell (GB)
	Тромботическая микроангиопатия в патогенезе осложнений презклампсии, эклампсии и HELLP-синдрома	Dr. Efim Shifman (RUS)
	Вопросы/дискуссия	
СЕКЦИОННОЕ ЗАСЕДАНИЕ 7	КРИТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ В АКУШЕРСТВЕ 2	
	Проблемы ожирения в акушерской/анестезиологической практике	Dmitriy Marshalov (RUS)
	Акушерский сепсис	Dr. Alexandr Kulikov (RUS)
	Заболевания сердца во время беременности	Докладчик уточняется
	Амилаза слюны как предиктор осложнений у рожениц и родильниц Вопросы/дискуссия	Evgeniy Degtyarev (RUS)
СЕКЦИОННОЕ ЗАСЕДАНИЕ 8	КОМАНДНАЯ РАБОТА АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА	
	Оптимизация работы междисциплинарной бригады	Dr. Lawrence Tsen (USA)
	Снижение материнской смертности – уроки от международных баз данных	Dr. Nuala Lucas (GB)
	Вопросы/дискуссия	
День 3. 7 Сентября		
СЕКЦИОННОЕ ЗАСЕДАНИЕ 9	КРИТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ В АКУШЕРСТВЕ 3	
	Неврологические осложнения в послеродовом периоде	Dr. Marcel Vercauteren (B)
	Сердечно-сосудистая катастрофа у беременных, рожениц и родильниц	Докладчик уточняется
	Венозные тромбозэмболические осложнения (ВТЭО) в акушерской практике Вопросы/дискуссия	Alla Drobinskaya (RUS)
СЕКЦИОННОЕ ЗАСЕДАНИЕ 10	АКТУАЛЬНЫЕ ТЕМЫ В АКУШЕРСКОЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ	
	Послеродовая депрессия: есть ли связь с анестезией и анальгезией?	Oxana Ryazanova (RUS)
	Как нам предотвратить жалобы и судебные разбирательства?	Dr. Felicity Plaat (GB)
	Панельная дискуссия	
	Вопросы/дискуссия	

Вся программа Съезда (Конгресса) на сайте [AAAP](http://www.aanp.org)

Этой осенью в Санкт-Петербурге пройдет III Съезд Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов. Впервые мероприятие приобретает статус международного конгресса. По традиции, его программа будет весьма насыщенной и разнообразной. Важно, что на площадках Конгресса ведется международный диалог, устанавливаются контакты по линии медицинских учреждений между учеными и практикующими врачами, предметно и профессионально обсуждаются актуальные проблемы и вызовы, пути преодоления общих угроз, а значит, укрепляется взаимное доверие. Особый интерес среди специалистов вызовет секция: **«Анестезия при операции кесарево сечение».**

Предлагаем вам начать знакомиться с лекторским составом мероприятия.

Марк Ван де Вельде MD, PhD, EDRA. (В)



Доктор Марк Ван де Вельде закончил медицинский факультет Католического университета г. Лёвен в Бельгии в 1991г. Он получил специализацию по анестезиологии в университетском госпитале г. Лёвен в 1996 г. В 2000 году стал доктором наук, благодаря своему исследованию «Метаболическая поддержка оглушенного миокарда». Доктор Марк Ван де Вельде был принят на работу в отдел анестезиологии в 1997 году и с тех пор является профессором анестезиологии. До ноября 2010 года он был клиническим директором по акушерской анестезиологии и клиническим директором-анестезиологом. С ноября 2010 года становится деканом факультета анестезиологии в Католическом университете Лёвена и профессором в университетских клиниках Лёвена. За эти годы он прочел более 350 лекций на международном и национальном уровне, опубликовал более 90 статей в рецензируемых журналах и написал 30 рукописей для нерецензируемых журналов. Марк Ван де Вельде является редактором (совместно с Хелен Шолефилд и Лорен Планте) нового международного руководства по интенсивной терапии, опубликованной в 2013 году, и также является редактором, совместно с Вики Кларк и Рошаном Фернандо, новой книги «Акушерская анестезиология», опубликованной в 2016 г. Он был членом комитета Ассоциации акушерских анестезиологов (ОАА) с 2003-2009гг., а также президентом Европейского общества региональной анестезии и лечения боли (ESRA), ну, и наконец, председателем Научного комитета 4 Euroanesthesia.

Доктор Марк Ван де Вельде являлся председателем Научного комитета ежегодного собрания ESRA, проходившего в Любляне в 2015 г., Маастрихте в 2016 г., Лугано в 2017 г. Он также был председателем научного подкомитета по акушерской анестезии Европейского общества анестезиологии (ESA). В настоящее время является вице-президентом бельгийского общества анестезии и реанимации (BSAR). Его основной клинический интерес сосредоточен на акушерской анестезии и анальгезии для детей и взрослых с врожденными пороками сердца. Большинство его текущих исследований сосредоточены на акушерской анестезии.

Имеет пять детей: Софи, Михаил, Бас, Элла и Джульетта. Любит путешествовать и играть в гольф. Итальянская кухня и вино делают его счастливым.

Темы лекций:

*Общая анестезия для операции кесарево сечение: вперед к новым методикам
10 главных публикаций за истекшие 5 лет, которые изменили мою работу*

Алексей Мурадович Овезов

А.М. Овезов — доктор медицинских наук, руководитель отделения анестезиологии, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии ГБУЗ МО МОНКИ им. М.Ф. Владимирского.

А.М. Овезов обладает большим опытом лечебной, организационной и учебно-методической работы, имеет 17 лет педагогического стажа, читает лекции на высоком методическом уровне с использованием современных технических средств обучения. Регулярно проводит мастер-классы по внедрению современных технологий и анестетиков в ЛПУ Московской области, практические и семинарские

занятия с курсантами и клиническими ординаторами. Организует и проводит научно-практические конференции различного масштаба — от всероссийских до региональных.

А.М. Овезов является автором 334 научных работ (59 из них опубликованы в ведущих научных журналах, 7 — в виде монографии и глав в монографиях), 12 учебно-методических пособий для врачей, 5 Патентов РФ. Под его руководством защищена 1 докторская диссертация, принята к защите 1 кандидатская диссертация, выполняются 1 докторская и 6 кандидатских диссертаций.

Он является членом Профильной комиссии по анестезиологии и реаниматологии Министерства здравоохранения России; главным внештатным специалистом по анестезиологии и реаниматологии Министерства здравоохранения Московской области; председателем Правления Московского областного научно-практического общества анестезиологов-реаниматологов (регионального отделения ФАР); членом Правления Всероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов»; членом Правления Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов; действительным членом Европейского Общества анестезиологов (ESA) и Международного общества исследователей в анестезиологии (IARS); председателем хирургической секции Ученого совета ГБУЗ МО МОНКИ им. М.Ф. Владимирского; членом Ученого совета факультета усовершенствования врачей ГБУЗ МО МОНКИ им. М.Ф. Владимирского; членом Диссертационного совета Д 208.124.01 при ФБГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского»; членом редакционной коллегии журналов «Анестезиология и реаниматология», «Альманах клинической медицины», «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия «Естественные и технические науки», «Вестник интенсивной терапии» и «Вестник акушерской анестезиологии».

Принимает постоянное участие в региональных Форумах АААР.

Тема лекции:

Когнитивная дисфункция у пациенток после операции кесарево сечение

PLAN 2018

Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов



Рейс	Пункт назначения	Дата
84	Рязань	1-2 февраля
85	Сургут	2-3 марта
86	Уфа	15-16 марта
87	Смоленск	29-30 марта
88	Майкоп	5-6 апреля
89	Волгоград	20-21 апреля
90	Архангельск	29-30 мая
91	Иркутск	15-16 июня
92	Якутск	21-22 июня
93	Санкт-Петербург (Международный образовательный Конгресс АААР и ОАА памяти Джеральдины О'Салливан. III-й Съезд АААР)	5-7 сентября
94	Владивосток	21-22 сентября
95	Грозный	5-6 октября
96	Набережные Челны	18-19 октября
97	Симферополь	1-2 ноября
98	Кызыл	15-16 ноября
99	Ставрополь	23-24 ноября
100	Курск	6-7 декабря
101	Киров	14-15 декабря
102	Астрахань	20-21 декабря

2018