



**АКУШЕРСКАЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ:
ЧТО НОВОГО, ЧТО СТАРОГО И ЧТО ЕЩЕ?**

проф. Шифман Е. М.



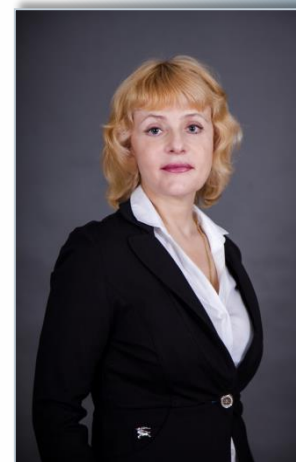
Дорогие коллеги, с праздником!

От имени акушеров-гинекологов благодарю АААРовцев за революцию в нашем профессиональном мировоззрении, за интеллектуальный прорыв, за масштабное расширение наших профессиональных компетенций и прочно сформировавшуюся потребность НЕПРЕРЫВНО ВЗАИМОДЕЙСТВОВАТЬ в теории и практике.

Пусть неуклонно ширится круг наших единомышленников!

С уважением,

Татьяна Евгеньевна Белокриницкая





WWW.ARFPOINT.RU

Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов

СОГЛАСОВАНО:

Главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Российской Федерации по акушерству и гинекологии, академик РАН, профессор

_____ Л.В. Адамн

«__» _____ 2017 г.

УТВЕРЖДАЮ:

Президент Российского общества акушеров-гинекологов, академик РАН, профессор

_____ В.Н. Серов

«__» _____ 2017 г.

УТВЕРЖДАЮ:

Президент Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов, профессор

_____ Е.М. Шифман

«__» _____ 2017 г.

ЭМБОЛИЯ АМНИОТИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТЬЮ:

Интенсивная терапия и акушерская тактика

Клинические рекомендации

(протокол лечения)

Москва 2017



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

Интенсивная терапия при системной токсичности местными анестетиками

МКБ 10 _T/41/3; O/29/3; O/74/4; O/89/3
Год утверждения (числа пересмотра): 2017 (пересмотр каждые 3 года)

ID:
URL:

Профессиональные ассоциации

- Общероссийская общественная организация «Федерация анестезиологов и реаниматологов»

Утверждены

Согласованы
Научным советом Министерства
Здравоохранения Российской Федерации
_____ 201_ г.

СОГЛАСОВАНО:

Главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Российской Федерации по акушерству и гинекологии, академик РАН, профессор

_____ Л.В. Адамн

«__» _____ 2017 г.

УТВЕРЖДАЮ:

Президент Российского общества акушеров-гинекологов, академик РАН, профессор

_____ В.Н. Серов

«__» _____ 2017 г.

УТВЕРЖДАЮ:

Президент Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов, профессор

_____ Е.М. Шифман

«__» _____ 2017 г.

Острая жировая дистрофия печени у беременных: интенсивная терапия и акушерская тактика

Клинические рекомендации (протокол лечения)

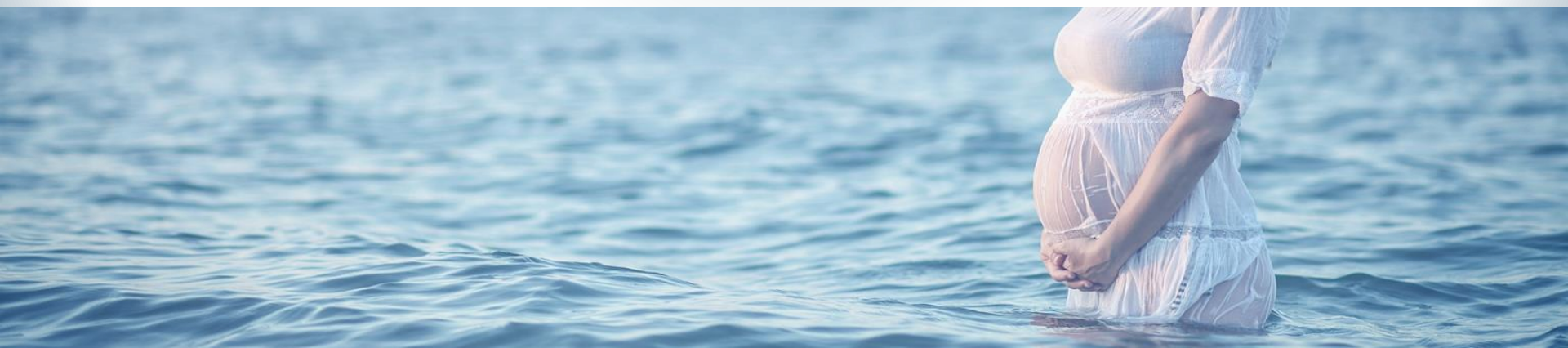
Москва 2017

Рандомизированное оценочное исследование фенилэфрина и норэпинефрина для поддержки артериального давления во время спинальной анестезии при кесаревом сечении



The **RESPOND** study

*Randomized **E**valuative **S**tudy of **P**henylephrine **O**r **N**orepinephrine for maintenance of blood pressure during spinal anaesthesia for caesarean **D**elivery*



- У пациенток во время СА при плановом КС титруемая вручную инфузия норэпинефрина 5 $\mu\text{g}/\text{мл}$ была эффективной для поддержания АД и снижения частоты артериальной гипотонии, без заметного вредного влияния на исход у новорожденных

Prophylactic Norepinephrine Infusion for Preventing Hypotension During Spinal Anesthesia for Cesarean Delivery

Warwick D. Ngan Kee, MD, FANZCA, FHKCA,* Shara W.Y. Lee, PhD,† Floria F. Ng, RN, BASc,* and Kim S. Khaw, MD, FRCA, FHKCA*

BACKGROUND: The use of norepinephrine for maintaining blood pressure (BP) during spinal anesthesia for cesarean delivery has been described recently. However, its administration by titrated manually controlled infusion in this context has not been evaluated.

METHODS: In a double-blinded, randomized controlled trial, 110 healthy women having spinal anesthesia for elective cesarean delivery were randomly allocated to 1 of 2 groups. In group 1, patients received an infusion of 5 $\mu\text{g}/\text{mL}$ norepinephrine that was started at 20 mL/h (2.5 $\mu\text{g}/\text{min}$) immediately after intrathecal injection and then manually adjusted within the range 0–50 mL/h (0–5 $\mu\text{g}/\text{min}$) according to values of systolic BP measured noninvasively at 5-minute intervals until delivery, with the objective of maintaining values near baseline. In group 2, no prophylactic vasopressor was given, and a bolus of 4 mL norepinephrine 5 $\mu\text{g}/\text{mL}$ (5 μg) was given whenever systolic BP decreased to <80% of the baseline value. The study protocol was continued until delivery. The primary outcomes of the study were the incidence of hypotension and the overall stability of systolic BP control versus baseline compared using performance error calculations. In addition, the incidence and timing of hypotension were further compared using survival analysis.

RESULTS: Three patients were excluded from the analysis. Nine patients (17%) in group 1 had 1 or more episodes of hypotension versus 39 (66%) in group 2 ($P < .001$). Performance error calculations showed that on average, systolic BP was maintained closer to baseline ($P < .001$) in group 1. Survival curve analysis showed a significant difference between groups (log-rank test $P < .001$). Four patients in each group had a recorded heart rate <60 beats/min ($P = .98$). Despite a much greater rate of administration of norepinephrine in group 1 (median, 51.0 [interquartile range, 47.0–72.5] μg) versus group 2 (5.0 [0–18.1] μg) ($P < .001$), there was no difference in neonatal outcome as assessed by Apgar scores and umbilical cord blood gas analysis.

CONCLUSIONS: In patients having spinal anesthesia for elective cesarean delivery, a manually titrated infusion of 5 $\mu\text{g}/\text{mL}$ of norepinephrine was effective for maintaining BP and decreasing the incidence of hypotension, with no detectable detrimental effect on neonatal outcome. Further investigation of the use of titrate norepinephrine infusions for routine use in obstetric patients is suggested. (Anesth Analg 2017;XXX:00–00)

Norepinephrine has been recently described as a possible alternative to phenylephrine for maintaining blood pressure (BP) during spinal anesthesia for cesarean delivery.¹ However, it has been recommended that more data on its use in this context should be obtained before it can be considered suitable for routine clinical practice.^{1,2}

Previous reports on the use of norepinephrine during spinal anesthesia for cesarean delivery have described delivery by computer-controlled infusion, fixed-rate infusion, and intermittent boluses.^{1,3} The use of manually titrated infusions of norepinephrine in obstetric patients

has not been described previously. This method of administration is widely used for other vasopressors such as phenylephrine.

The aim of the current study was to evaluate the efficacy of a titrated, manually controlled variable-rate infusion of norepinephrine for maintaining BP and preventing hypotension in patients having spinal anesthesia for elective cesarean delivery. We hypothesized that BP would be more stable and that the incidence of hypotension would be reduced when a titrated prophylactic infusion of norepinephrine was compared with a control group that did not receive any prophylactic vasopressor administration.

METHODS

This was a randomized double-blinded 2-arm parallel controlled trial. Approval was obtained from the Joint Chinese University of Hong Kong—New Territories East Cluster Clinical Research Ethics Committee, Shatin, Hong Kong, China—and the study was registered in the Chinese Clinical Trial Registry (registration No. ChiCTR17X01404572). All participating patients gave written informed consent. The study was conducted in the operating rooms in the labor ward of a university-affiliated teaching hospital.

From the *Department of Anesthesia and Intensive Care, the Chinese University of Hong Kong, Hong Kong, China, and †Department of Health Technology and Informatics, the Hong Kong Polytechnic University, Hong Kong, China.

Accepted for publication April 23, 2017.

Funding: Supported solely by departmental and institutional funding.

The authors declare no conflicts of interest.

Reprints will not be available from the authors.

Address correspondence to Warwick D. Ngan Kee, MDCM, MD, FANZCA, Department of Anesthesia and Intensive Care, the Chinese University of Hong Kong, Prince of Wales Hospital, Shatin, Hong Kong, China. Address e-mail to wngankee@cuhk.edu.hk

Copyright © 2017 International Anesthesia Research Society

DOI: 10.1213/ANE.0000000000002024

XXX 2017 • Volume XXX • Number XXX

www.anesthesia-analgesia.org 1

Copyright © 2017 International Anesthesia Research Society. Unauthorized reproduction of this article is prohibited.





Дегтярёв Е.Н., Шифман Е.М., Тихова Г.П.

Уровень альфа-амилазы слюны как показатель стресса у беременных // Регионарная анестезия и лечение острой боли Том XI № 1 2017. С. 22-29.

Shifman E., Dektyarev E., Tikhova G., Kulikov A. Visual Analog Scale as an estimate of pain intensity and salivary α -amilase level has nonlinear relationship in parturients after cesarean section under spinal anesthesia//

<https://www.esahq.org/~media/ESA/Images/Content%20Pages/Resources/EJAcover2010ashx.ashx?w=145>

Shifman E., Dyaktyarev E., Tikhova G., Kulikov A.

Salivary α -amilase level reflects stress intensity in pregnant women undergone Cesarean Section under spinal anesthesia //

European Journal of Anaesthesiology. Volume 34. e-Supplement 55. June 2017. P. 104-105





Алгоритм прогнозирования артериальной гипотензии при СА КС

$$P(\text{гипотензии}) = 1/(1+1/OШ) = 1/(1+1/\exp(4,9082 + 0,0023*ААС - 0,1589*Адсист))$$

- Порог классификации полученной вероятности равен **0,5**.
Если полученная вероятность менее **0,5**, то прогноз гипотензии отрицательный, если $P \geq 0,5$, то у данной пациентки прогнозируется интраоперационная гипотензия.
- Чувствительность модели для данной точки разбиения составляет **87,5**, специфичность **78,6**



PERIOPERATIVE MEDICINE

Characterizing the Epidemiology of Postoperative Transfusion-related Acute Lung Injury

Leanne Clifford, B.M., Qing Jia, M.D., Arun Subramanian, M.B.B.S., Hemang Yadav, M.B.B.S., Gregory A. Wilson, R.R.T., Sean P. Murphy, B.S., Jyotishman Pathak, Ph.D., Darrell R. Schroeder, M.S., Daryl J. Kor, M.D.

Ретроспективный когортный анализ показал, что случаи

TRALI-синдрома в периоперационном периоде встречаются

от **1,4** до **3%** хирургических пациентов.

Наибольшая частота у тех, кто получил больше препаратов крови.

Среди представленных случаев не было ни одной акушерской и гинекологической пациентки!!!

Почему?

incidence increased with larger volumes of blood product transfused ($P < 0.001$).

Conclusions: Perioperative TRALI/possible TRALI is more common than previously reported and its risk increases with greater volumes of blood component therapies. No significant reduction in the combined incidence of TRALI/possible TRALI occurred between 2004 and 2011, despite the introduction of TRALI mitigation strategies. Future efforts to identify specific risk factors for TRALI/possible TRALI in surgical populations may reduce the burden of this life-threatening complication.

(**ANESTHESIOLOGY** 2015; 122:12-20)





Министерство здравоохранения
Нижегородской области
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
«Родильный дом №1
Нижегородского района
г.Нижнего Новгорода»
(ГБУЗ НО «Роддом №1»)

603006, г.Н.Новгород, ул.Варварская д.42/56
Тел.(831) 433-59-35
e-mail: rod_dom1@mail.ru

14.06.2017г. № 554

Президенту ассоциации акушерских
анестезиологов-реаниматологов,
д.м.н., профессору
Шифману Е.М.

Уважаемый Ефим Муневич!

По итогам 72 Всероссийского образовательного форума «Теория и практика анестезии и интенсивной терапии в акушерстве и гинекологии» ГБУЗ НО «Роддом №1 Нижегородского района г. Нижнего Новгорода» направляет Вам сканы с упаковок компонентов крови с указанием пола донора. ГБУЗ НО «НОЦК» в феврале 2017г. внедрил программный продукт, позволяющий указывать пол донора на упаковке компонентов крови. Контактные телефоны: главный врач Кузнецов Константин Васильевич 8-831-432-88-80, отдел заготовки Бордюг Алла Евгеньевна 8-950-352-25-12.

Приложение: на 2 л. в 1 экз.

Главный врач

Заведующий отделением
анестезиологии-реанимации



А. В. Ниманихина

И.А. Барковский

9
НОЦК
5203 17 016334 09
010

ГБУЗ НО "НОЦК", Родионова ул., 194, т. 432-88-80

НОМЕР ДОНАЦИИ
520317 016334 09



Код донора: 349824 М

O(I)
Rh- отрицательная
С-с+Сw-D-E-e+
К-(Отр.)

Годна до 02.06.2017

Хранить при t от +2° до +8° С

Эритроцитная
масса

Объём **293 мл**
Из 450 мл цельной крови. ЦФДА-1 63 мл.

Тесты на ВИЧ,
гепатиты В и С,
сифилис отрицательны

ПЕРЕД ПЕРЕЛИВАНИЕМ:
определить группу крови АВО и резус-
принадлежность реципиента и донора;
провести пробу на индивидуальную сов-
местимость крови донора и реципиента;
провести биологическую пробу

Дата донации 28.04.2017
Изготовлен 28.04.2017

Без карантинного
хранения.
Использовать только по
жизненным показаниям.

НОЦК
5203 17 014554 09
010

ГБУЗ НО "НОЦК", Родионова ул., 194, т. 432-88-80

НОМЕР ДОНАЦИИ
520317 014554 09



Код донора: 1588865 М

O(I)
Rh- отрицательная
С-с+Сw-D-E-e+
К-(Отр.)

Годна до 31.05.2017

Хранить при t от +2° до +8° С

Эритроцитная
масса

Объём **283 мл**
Из 450 мл цельной крови. ЦФДА-1 63 мл.

Тесты на ВИЧ,
гепатиты В и С,
сифилис отрицательны.

ПЕРЕД ПЕРЕЛИВАНИЕМ:
определить группу крови АВО и резус-
принадлежность реципиента и донора;
провести пробу на индивидуальную сов-
местимость крови донора и реципиента;
провести биологическую пробу

Дата донации 26.04.2017
Изготовлен 26.04.2017

Без карантинного
хранения.
Использовать только по
жизненным показаниям.



ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова МЗ РФ

Беременность, роды, послеродовый период у женщин с острыми нарушениями мозгового кровообращения различной этиологии

Арустамян Рузанна Робертовна

*Научные консультанты:
академик РАН, профессор, д.м.н. Л. В. Адамян
профессор, д.м.н. Е. М. Шифман*



Москва 2017



Алгоритм амбулаторного наблюдения беременных с ОНМК или иным проявлением ЦВП в анамнезе

Изучение анамнеза женщин, рекомендаций специалистов. Обязательные клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования акушером-гинекологом перед планированием беременности.

Ведение беременности с ранних сроков гестации. Обязательные этапы амбулаторного исследования беременных, плановые госпитализации или направления в КДЦ при многопрофильной больнице в критические сроки гестации: **18–19; 24; 32–34** недели.

Дородовая госпитализация в **38 недель** гестации (при планируемом к/с) и в **40 недель** (при планируемых родах через естественные родовые пути) в отделение патологии беременности с целью подготовки к родам и повторных консультаций профильных специалистов.





Инструментальные методы исследования профильных специалистов при подозрении на ОНМК или иной манифестации ЦВП во время гестации

Инструментальные методы исследования профильных специалистов

Акушер-гинеколог

Исследования крови, мочи, биологических сред, УЗИ, доплерометрия МППК, КТГ

Анестезиолог-реаниматолог

Исследования крови, мочи. Контроль гемодинамики, дыхания, диуреза

Невролог

МРТ, МРТ-АГ, МСКТ, КТ-АГ, ЭЭГ, УЗДГ сосудов шеи и головы

Кардиолог, терапевт

ЭКГ, ЭХО КГ, СМАД, исследования крови, мочи. Скрининг на тромбофилию

Окулист

Офтальмоскопия, исследование глазного дна

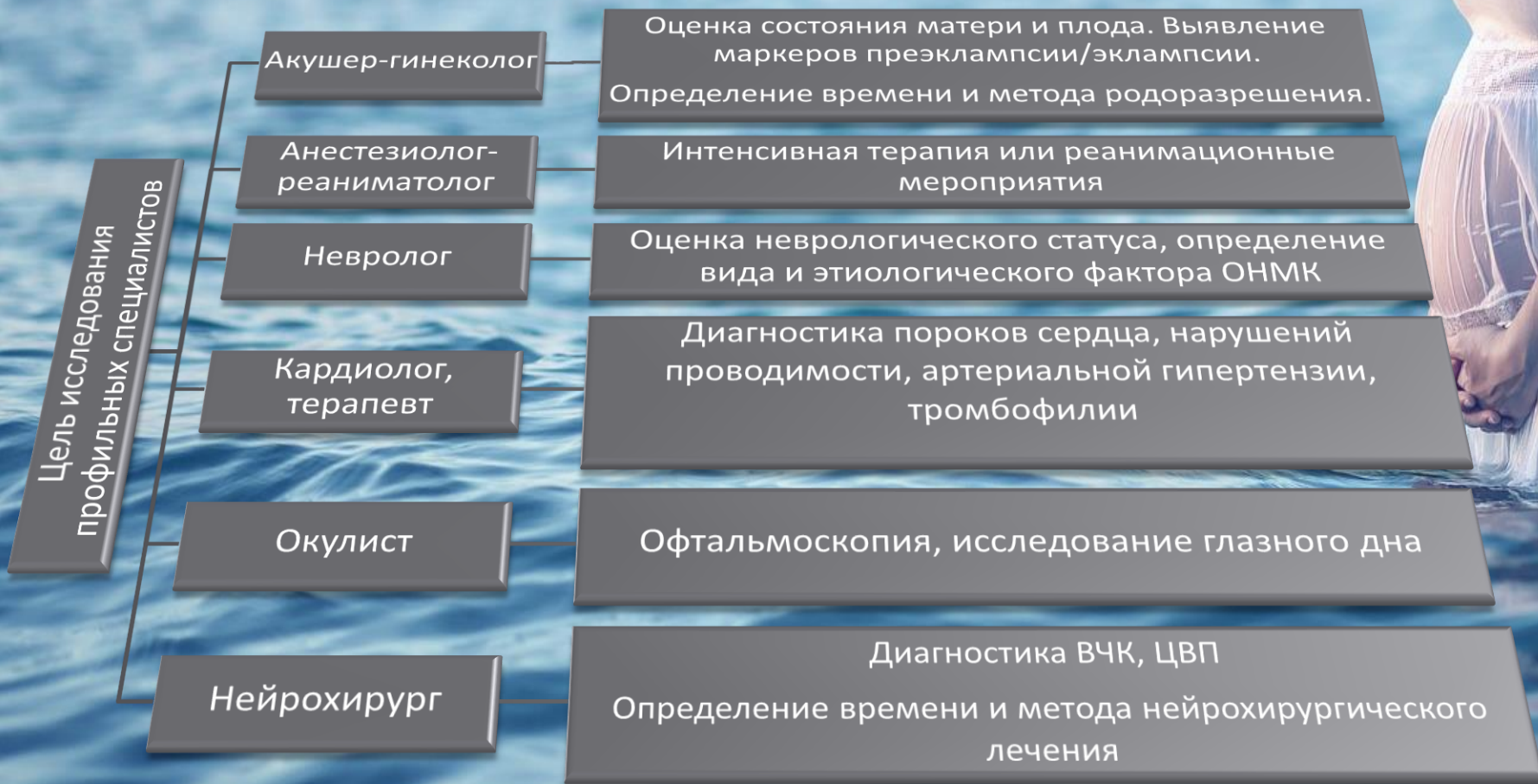
Нейрохирург

МРТ, МР-АГ, МСКТ, КТ-АГ, селективная церебральная ангиография





Объем медицинской помощи профильных специалистов



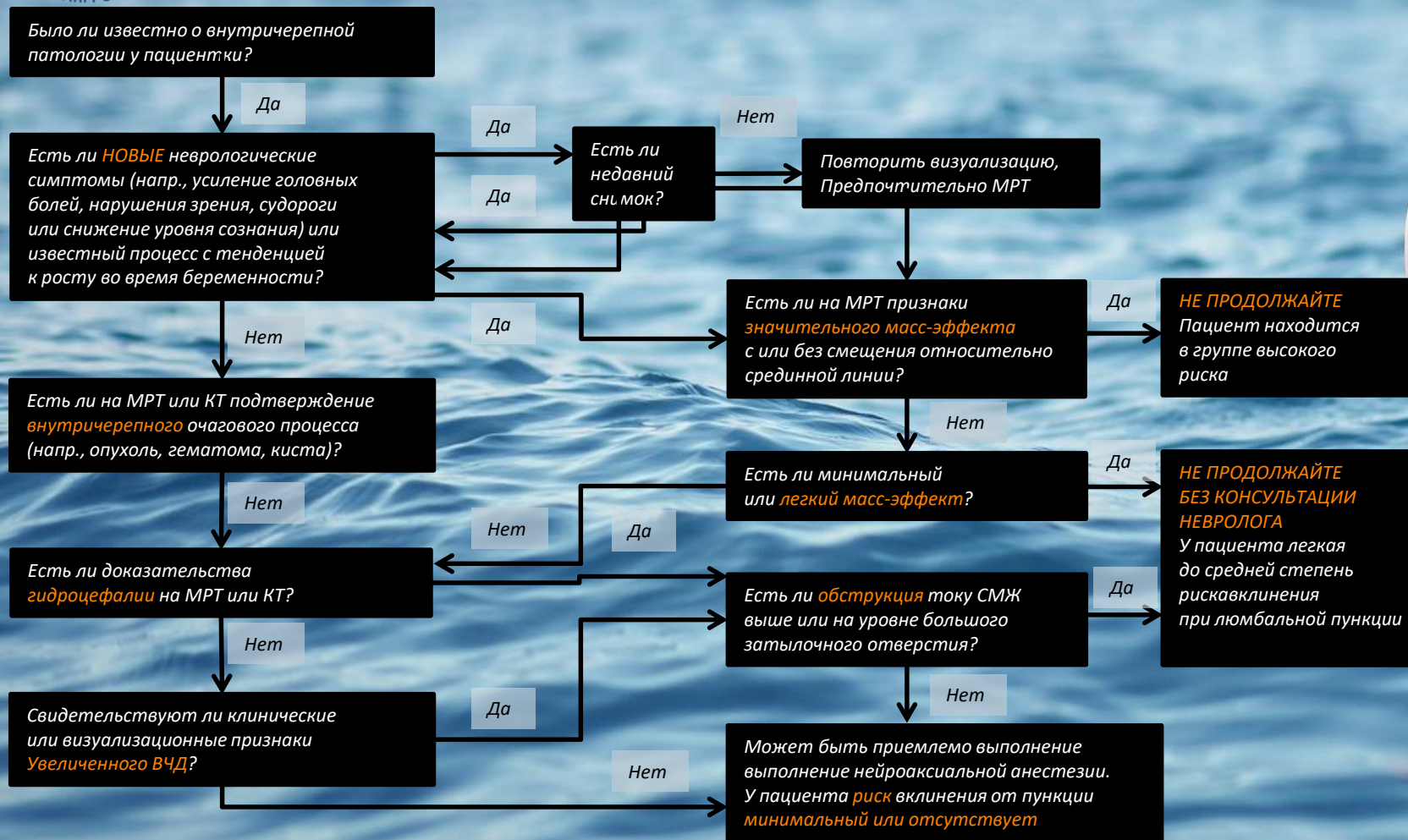


Шифман Е. М., Арустамян Р. Р., Лубнин А. Ю., Куликов А. В.
Нейроаксиальная анестезия у рожениц с внутричерепной гипертензией:
десять вопросов и ответов //
Регионарная анестезия и лечение острой боли. 2016. Том 10. № 4. С. 297-310.

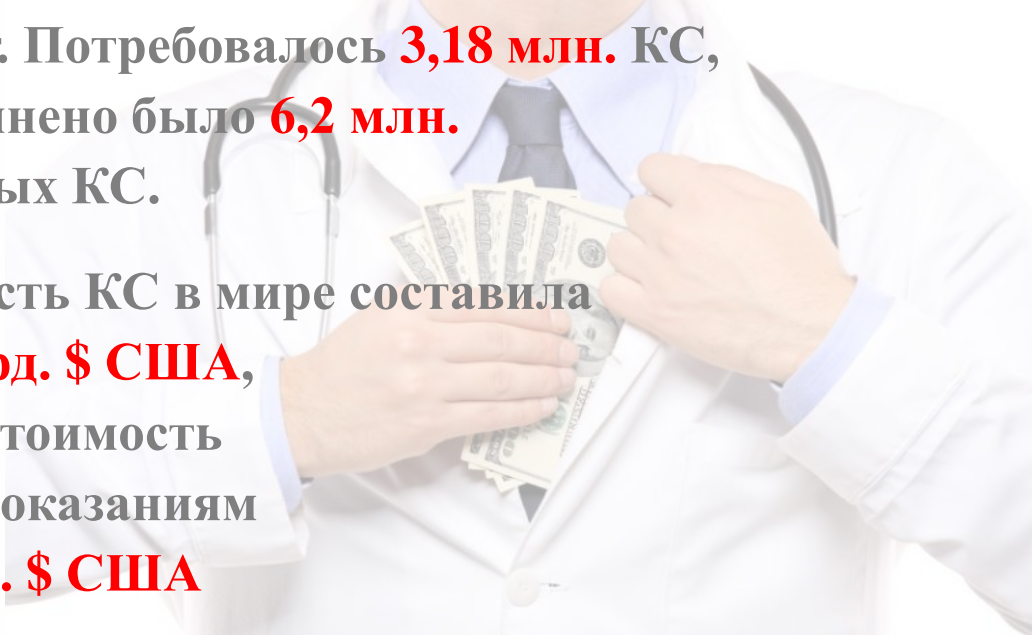




WWW.ARFPOINT.RU



«Дерево решений»: Схема оценки риска для нейроаксиальной анестезии у пациенток с внутричерепными объемными процессами. СМЖ – спинномозговая жидкость.

- 
- В 2008 г. Потребовалось **3,18 млн. КС**, а выполнено было **6,2 млн. ненужных КС**.
 - Стоимость КС в мире составила **2,32 млрд. \$ США**, из них стоимость КС по показаниям **432 млн. \$ США**



*Боженков К. А., Густоварова Т. А., Иванян А. Н., Виноградов В. Л., Шифман Е. М.
Эпидуральная анальгезия при влагалищных родах у женщин с рубцом на матке.
Опасно? Возможно? Необходимо?//
Регионарная анестезия и лечение острой боли Том 11. № 3. 2017. С. 182-189.*



Особенности течения родов и осложнения в родах

Особенности течения и осложнения в родах	Группа «А» (n= 38)	Группа «В» (n=32)	Группа «С» (n=31)
Несвоевременное излитие околоплодных вод	7 (18,4%)	6 (18,75%)	5 (16,1%)
Слабость родовой деятельности	8 (21,0%)	10 (31,2%)	9 (29%)
Дискоординация родовой деятельности	2 (5,2%)	2 (6,2%)	–
Патологический прелиминарный период	4 (10,5%)	5 (15,6%)	4 (12,9%)
Разрывы шейки матки	4 (10,5%)	5 (15,6%)	5 (16,1%)
Эпизиотомия	5 (13,1%)	7 (22,4%)	5 (16,1%)
Гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде	1 (2,6%)	–	–
Нарушения отделения и выделения последа	–	–	4 (12,9%)



*Шифман Е.М., Погодин А.М.
Эффективность различных доз дексаметазона в профилактике
интраоперационной тошноты и рвоты при спинномозговой анестезии
в процессе операции кесарева сечения //
Акушерство и гинекология, 2010, N6, С. 114–118.*



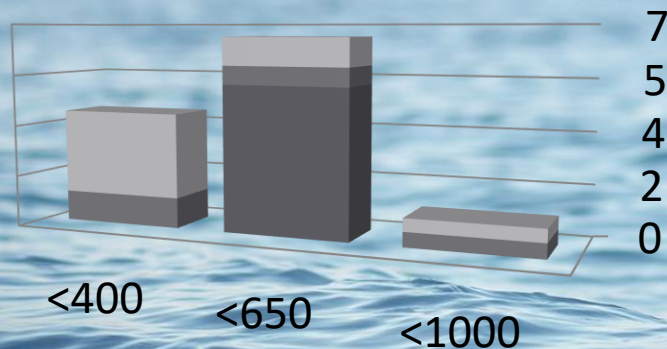
*Shifman E., Pogodin A., Tikhova G. Kulikov A.
Effect of different preload crystalloid volumes on the incidence of intraoperative
nausea and vomiting in women undergone cesarean section under spinal anesthesia //
European Journal of Anaesthesiology. Volume 34. e-Supplement 55. June 2017. P. 116.*




Значения ОР (95% ДИ) интраоперационной тошноты и рвоты при различных значениях объёма преинфузии

Показатель	Объем преинфузии (мл)		
	< 400	< 650	< 1000
тошнота	1,04 (0,65; 1,65)	0,63 (0,46; 0,87)	0,50 (0,36; 0,69)
рвота	2,90 (1,2; 6,94)	0,96 (0,43; 2,12)	0,44 (0,19; 1,01)

■ Показатель ■ Тошнота ■ Рвота



Протокол РОАГ, АААР и МЗ РФ утв. 7.06.2016 г


**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
(Минздрав России)
ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА

Разманоуской пер., 3, Москва, ГСП-4, 127994
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58
07 июня 2016 № 15-4/10/2-3483

Руководителям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья

Ректорам государственных бюджетных образовательных учреждений высшего профессионального образования


Директорам федеральных государственных учреждений науки

На № _____ от _____

Министерство здравоохранения Российской Федерации направляет клинические рекомендации (протокол лечения) «Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия», разработанные в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», для использования в работе руководителями органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья при подготовке нормативных правовых актов, главными врачами перинатальных центров и родильных домов (отделений), руководителями амбулаторно-поликлинических подразделений при организации медицинской помощи женщинам во время беременности, родов и в послеродовом периоде, а также для использования в учебном процессе.

Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 сентября 2013 г. № 15-4/10/2-7138 о направлении клинических рекомендаций «Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия» считать недействительным.

Приложение: 1 л. в 1 экз.


Т.В. Яковлева

Ртушняк С.С. 627-24-00*1546

СОГЛАСОВАНО:
Главный анестезиологический специалист
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
по анестезиологии и гинекологии,
академик РАН, профессор

Л.В. Адамян
2016 г.

УТВЕРЖДАЮ:
Президент Российского общества
акушеров-гинекологов,
академик РАН, профессор

В.Н. Серов
2016 г.

СОГЛАСОВАНО:
Президент Ассоциации
акушерских анестезиологов-
реаниматологов

Е.М. Шифман
2016 г.

**ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ВО ВРЕМЯ
БЕРЕМЕННОСТИ, В РОДАХ И ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ.
ПРЕЭКЛАМПСИЯ. ЭКЛАМПСИЯ.**

Клинические рекомендации
(Протокол лечения)

Москва 2016

Зависимость сроков манифестации ПЭ от динамики прироста ВБД во втором триместре



Preeclampsia is a Syndrome of Intra-Abdominal Hypertension in Pregnancy - would a Hypothesis become a Theory?

Marshalov DV^{1*}, Shifman EM², Salov IA¹, Petrenko AP¹ and Ioscovich A³

¹Department of Obstetrics and Gynecology, V.I. Razumovsky Saratov State Medical University, Saratov, Russia

²Department of anesthesiology and critical care medicine, The State Budgetary Healthcare Institution of Moscow Moscow, Russia

³Shaare Zedek Medical Center, Department of Anesthesiology, Hebrew University of Jerusalem, Israel

*Corresponding author: Dmitry Marshalov V, Razumovsky Saratov State Medical University, Department of Obstetrics and Gynecology of Medical Faculty, Saratov, Russia, E-mail: Marshalov@mail.ru

Received date: 06 Apr 2016; Accepted date: 10 Jan 2017; Published date: 14 Jan 2017.

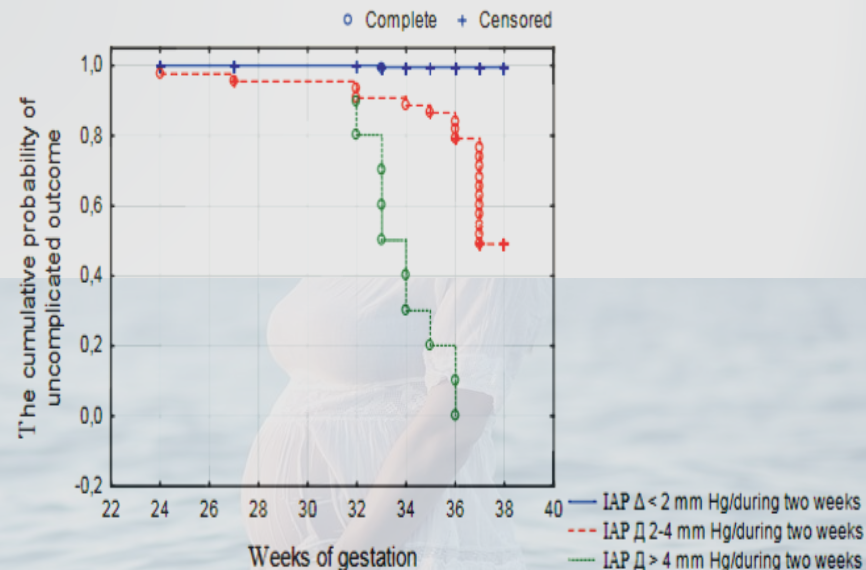
Citation: Marshalov DV, Shifman EM, Salov IA, Petrenko AP, Ioscovich A (2017) Preeclampsia is a Syndrome of Intra-Abdominal Hypertension in Pregnancy - would a Hypothesis become a Theory?. J Clin Anesth Manag 2(1): doi <http://dx.doi.org/10.16966/2470-9956.122>

Copyright: © 2016 Ioscovich A, et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Gestation term	The number of pregnant	IAP (mmHg)
6-8 weeks	30	1 [0:3]
20 weeks	30	8 [7:10]
24 weeks	30	9 [8:11]
27 weeks	30	12 [11:13]
32 weeks	30	16 [15:16]
33 weeks	32	16 [16:16]
34 weeks	36	16 [16:17]
35 weeks	36	18 [17:18]
36 weeks	37	18 [18:19]
37 weeks	82	18 [18:19]
38 weeks	84	20 [19:20]
39 weeks	102	20 [20:21]
40 weeks	29	20 [20:21]

Table 2. The average values of intra-abdominal pressure depending on term of pregnancy (Me [QL; QU])

Note: Me-median; QL-25 percentile; QU-75 percentile





**INTERNATIONAL JOURNAL OF
WOMEN'S HEALTH AND REPRODUCTION SCIENCES**

<http://www.ijwhr.net>
doi: 10.15296/ijwhr.2014.07



**Concept, Definition and Classification of the
Intra-abdominal Hypertensia in Pregnancy**

D.V.Marshalov ¹, I.A.Salov ¹, E.M.Shifman ¹, A.P.Petrenko ¹, A.Ioscovich ^{1*}

Figure1. Classifications IAH

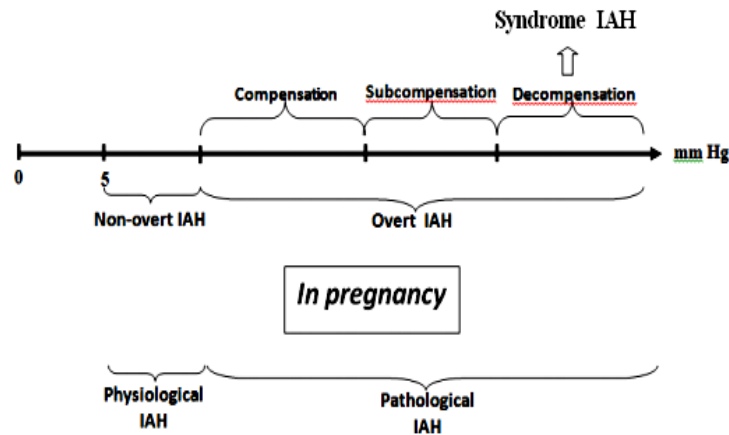
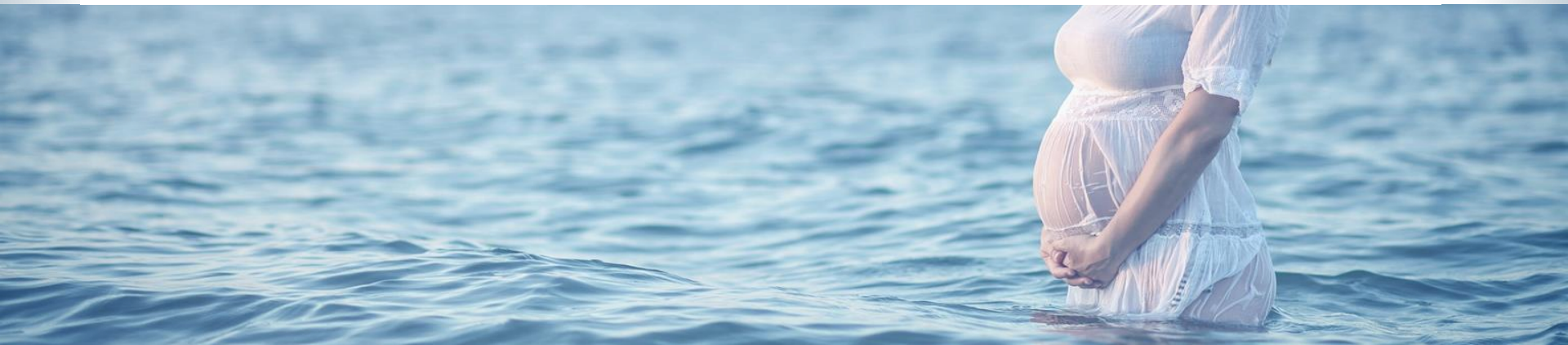


Table 3. Scale SIAH diagnosis in obstetrics

Criteria of SIAH	Scoring of sign
The presence of conditions associated with SIAH	No: 0 points Yes: 2 points
The level of IAP (depending on the duration of pregnancy)	Under physiological norm: 0 points Most of the physiological norm: 1 point
Signs of organ dysfunction: - Hemodynamic disorders - Violations of urinary function of renal - Respiratory disorders	No: 0 points There are: 1 point (estimated for each system separately, the maximum total score of 3)
Indicators of tissue perfusion	Norm: 0 points Decline: 1 point
Dynamics of changes for 4 - 6 h	Progression of disorders: 1 point No change: 0 points





© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017

УДК 618.3-06:[616-056.257+616.381-008.331.1]:616.8-053.31

Маршалов Д.В.¹, Салов И.А.¹, Шифман Е.М.², Петренко А.П.¹

**ВЛИЯНИЕ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ РОЖЕНИЦ С ОЖИРЕНИЕМ
НА НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС НОВОРОЖДЕННОГО**

¹ГБОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет

им. В.И. Разумовского Минздрава РФ, 410017, Саратов;

²ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, 129110, Москва

Таблица 3

Корреляционная матрица для факторов, влияющих на тяжесть асфиксии и неврологического статуса новорожденного в раннем неонатальном периоде

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8
Степень ожирения	1,000	0,011	0,677	0,421	-0,516	-0,275	-0,356	-0,353
Метод анальгезии	0,011	1,000	0,009	-0,704	0,237	0,377	0,280	0,095
ВБД исход	0,677	0,009	1,000	0,570	-0,633	-0,495	-0,529	-0,517
ВБД в схватку	0,421	-0,704	0,570	1,000	-0,663	-0,628	-0,593	-0,402
Апгар, балл	-0,516	0,237	-0,633	-0,663	1,000	0,684	0,699	0,589
NACS/2 ч	-0,275	0,377	-0,495	-0,628	0,684	1,000	0,903	0,677
NACS/24 ч	-0,356	0,280	-0,529	-0,593	0,699	0,903	1,000	0,766
NACS/72 ч	-0,353	0,095	-0,517	-0,402	0,589	0,677	0,766	1,000



HELLP-синдром: новое понимание патогенеза



- HELLP-синдром – внутрисосудистый гемолиз, повышение уровня трансаминаз, снижение количества тромбоцитов. **Может быть одним из проявлений тромботической микроангиопатии (в МКБ – М31.1).**

«Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия» утв. МЗ РФ 07.06.2016 г



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(МИНЗДРАВ РОССИИ)**

Рахмановский пер., д. 3/25, стр. 1, 2, 3, 4,
Москва, ГСП-4, 127994
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

0 5 0 5 1 7 № *15-Н/1060-04*

На № _____ от _____

Руководителям органов
государственной власти
субъектов Российской Федерации
в сфере здравоохранения

Департамент медицинской помощи детям и службы родовспоможения
направляет информационно-методическое письмо «Тромботическая
микроангиопатия в акушерстве» для использования в работе.

Приложение: на 10 л. в 1 экз.

Директор департамента



Е.Н. Байбарина

Тромботическая микроангиопатия в акушерстве

Информационное письмо

Информационное письмо подготовлено авторами:
Министерство здравоохранения Российской Федерации
(Е.Н. Байбарина, О.С. Филиппов, Е.В. Гусева).

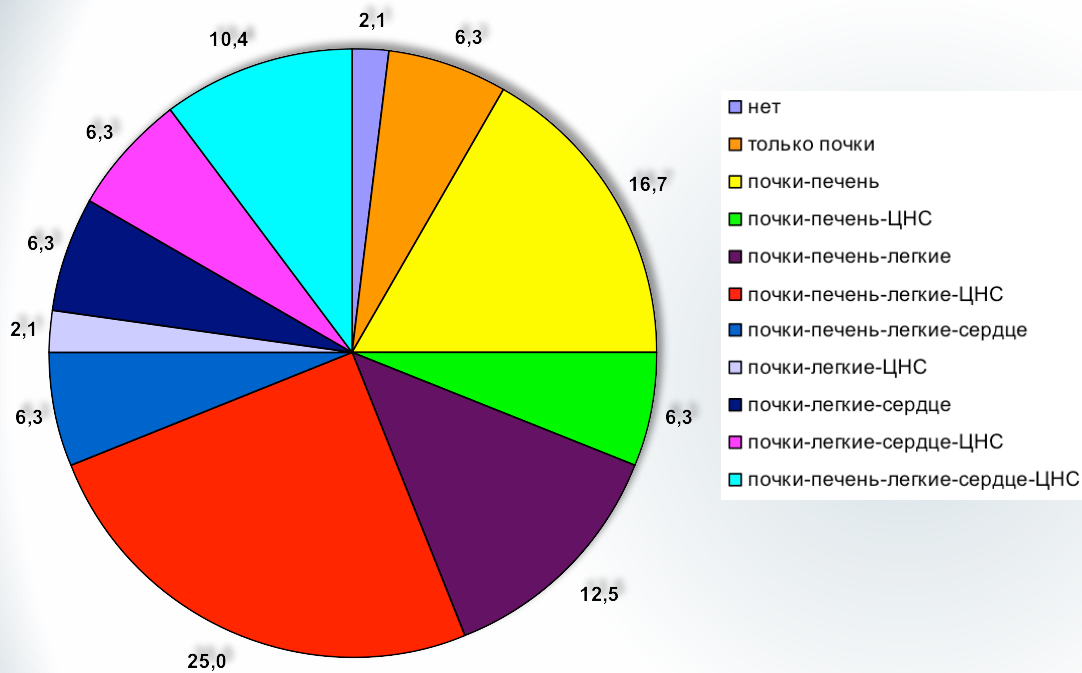
ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии
имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (Г.Т. Сухих,
Л.В. Адамян, А.В. Пырегов).

ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава
России (Н.А. Козловская, Ю.В. Коротчаева).

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская
академия» МЗ РФ (Т.Е. Белокрыницкая, К.Г. Шаповалов).

Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов
(Е.М. Шифман, Т.Е. Белокрыницкая, А.В. Куликов, Д.Н. Проценко,
К.Г. Шаповалов, Н.В. Артымук).

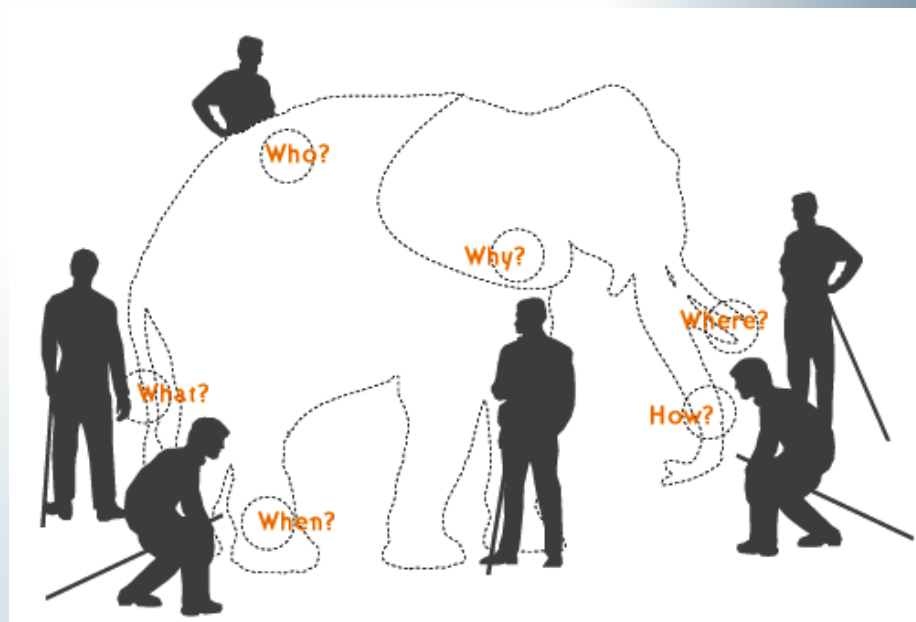
Все варианты наблюдаемых сочетанных поражений органов и их % в выборке



Конец XX и начало XXI века можно рассматривать как расцвет эпохи перинатального акушерства.

Настоящее время – это период мультидисциплинарного подхода в акушерстве.

Слияние акушерских стационаров и клинических больниц позволило создать крупные медицинские кластеры, способные оказать серьезную помощь беременным, роженицам и родильницам в критических состояниях





Взаимодействие

Ваш небольшой кусочек информации...

Может быть финальным пазлом головоломки...