КНП «Вінницька обласна лікарня ім. М.І.Пирогова ВОР»

Офіційний провайдер БПР № 1160

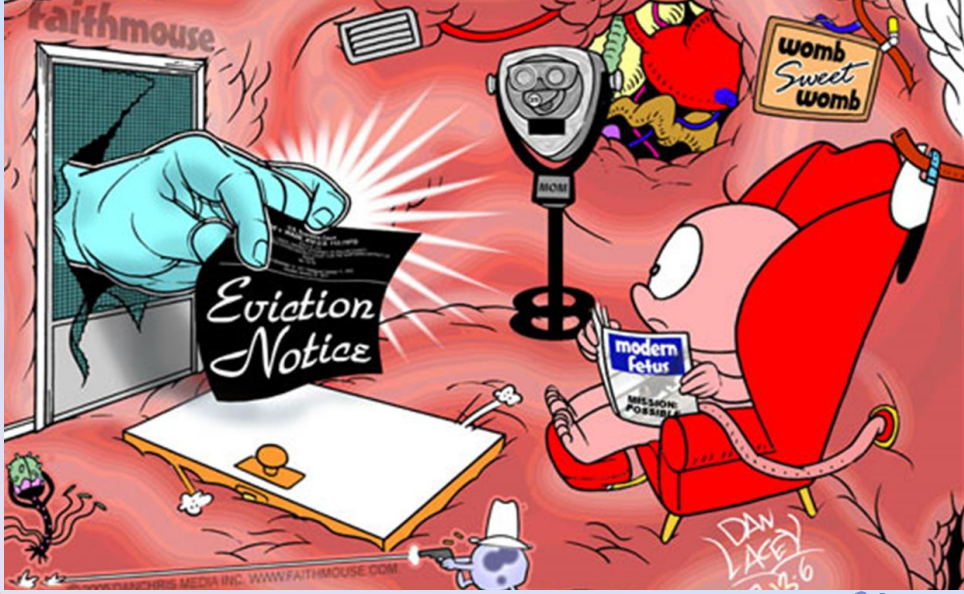
Асоціація анестезіологів Вінницької області

«Служба анестезіології та інтенсивної терапії Вінницької області в умовах війни: аналіз роботи та перспективи»

12 червня 2023 о 13.00 | онлайн семінар | **10 балів БПР**

Асоціація анестезіологів Вінницької області

РІЧНИЙ ЗВІТ
ПРО РОБОТУ СЛУЖБИ



НАТАЛІЯ ТИТАРЕНКО

к.мед.н., експерт ДОЗ та реабілітації Вінницької обласної війсбкової адміністрації за спеціальністю "Анестезіологія«, доцент кафедри анестезіології, ІТ та МНС Вінницького національного медичного університету Імені М.І. Пирогова

АКУШЕРСЬКОЇ АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ 2022р.

Будемо говорити

01 Показники роботи служби акушерскої анестезіології в 2022р.

02 Акушерська анестезіологія. Що нового?

03 Що треба змінити?

Показники роботи служби акушерскої анестезіології в 2022 р.

01

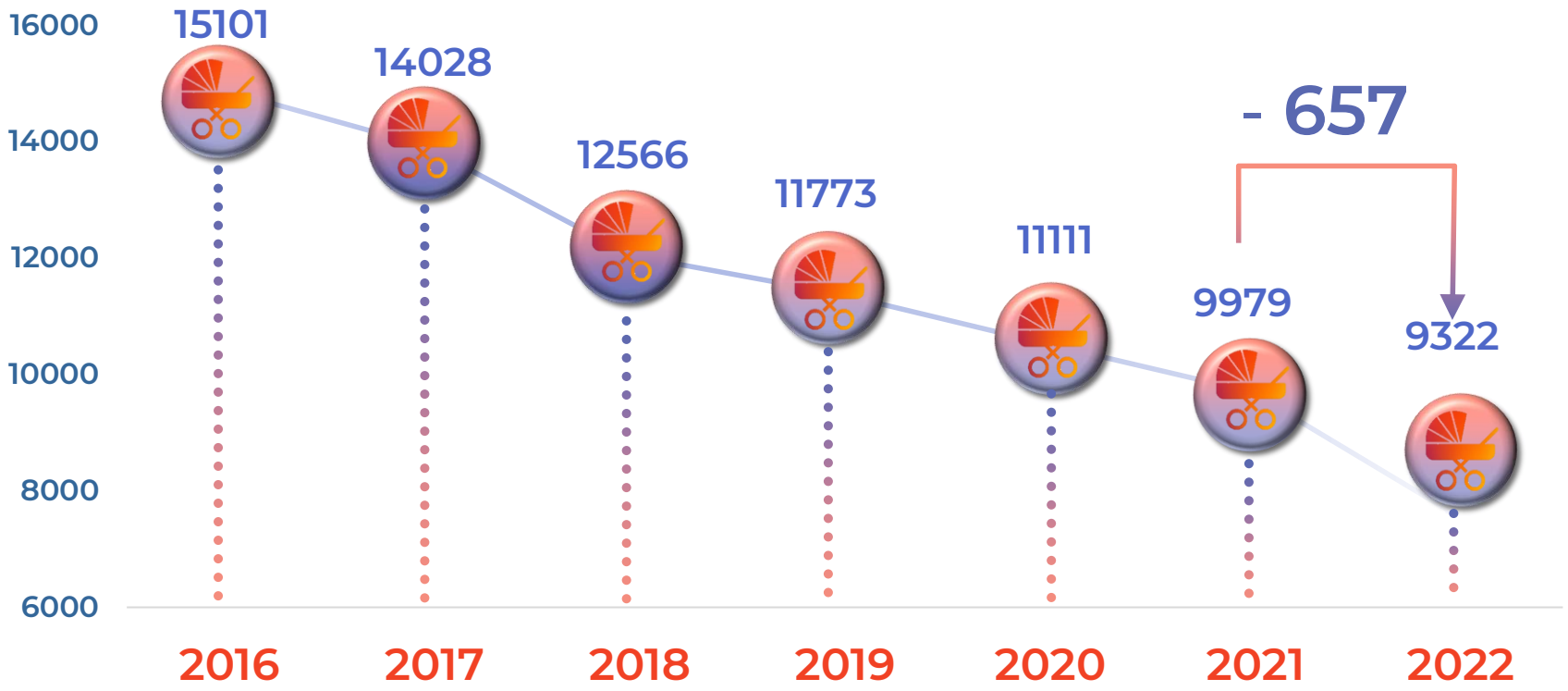
Кількість пологів у Вінницькій області в 2022р.

9322 пологів

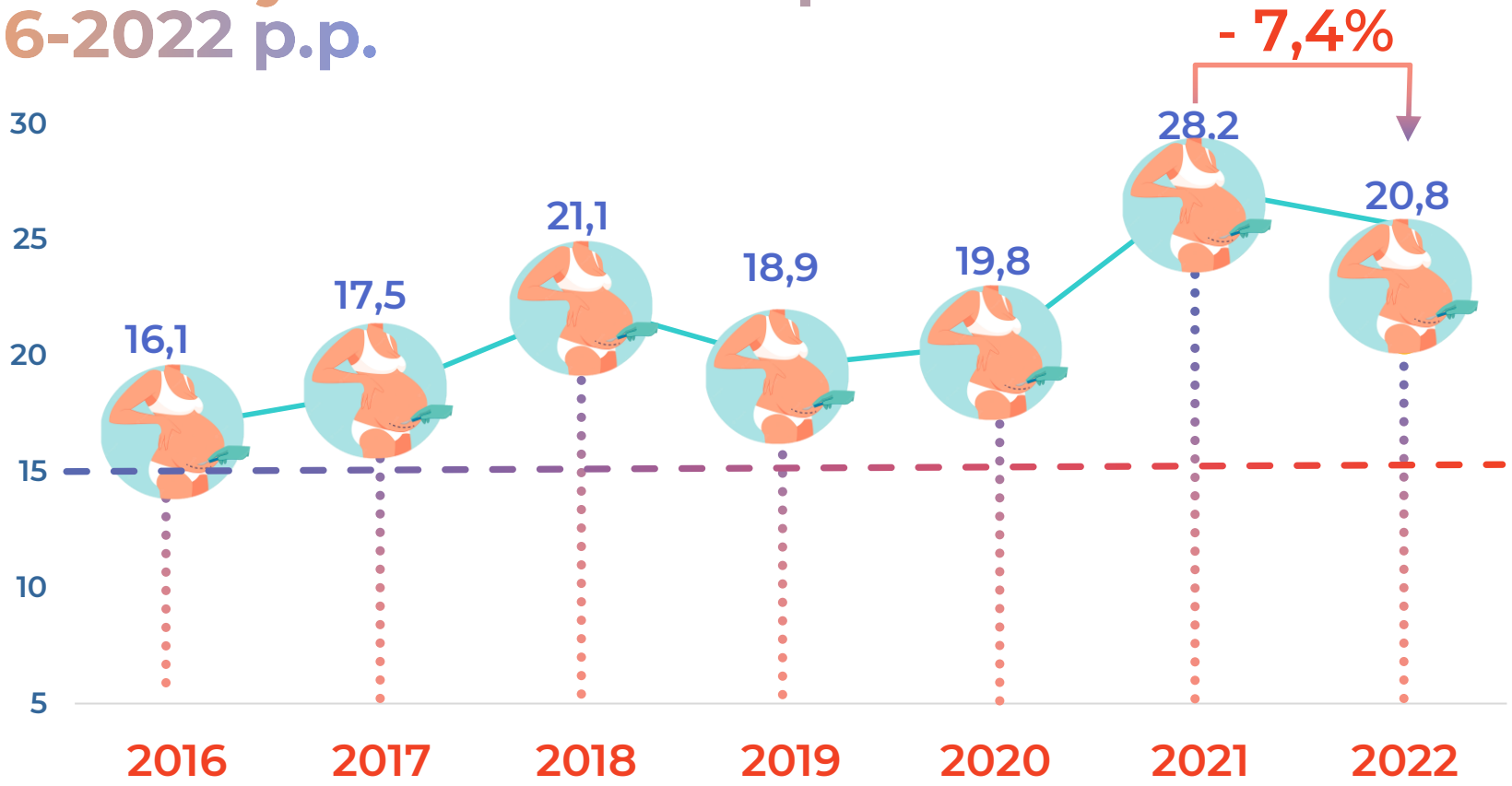
1938 КЕСАРЕВИХ РОЗТИНІВ

20.8%

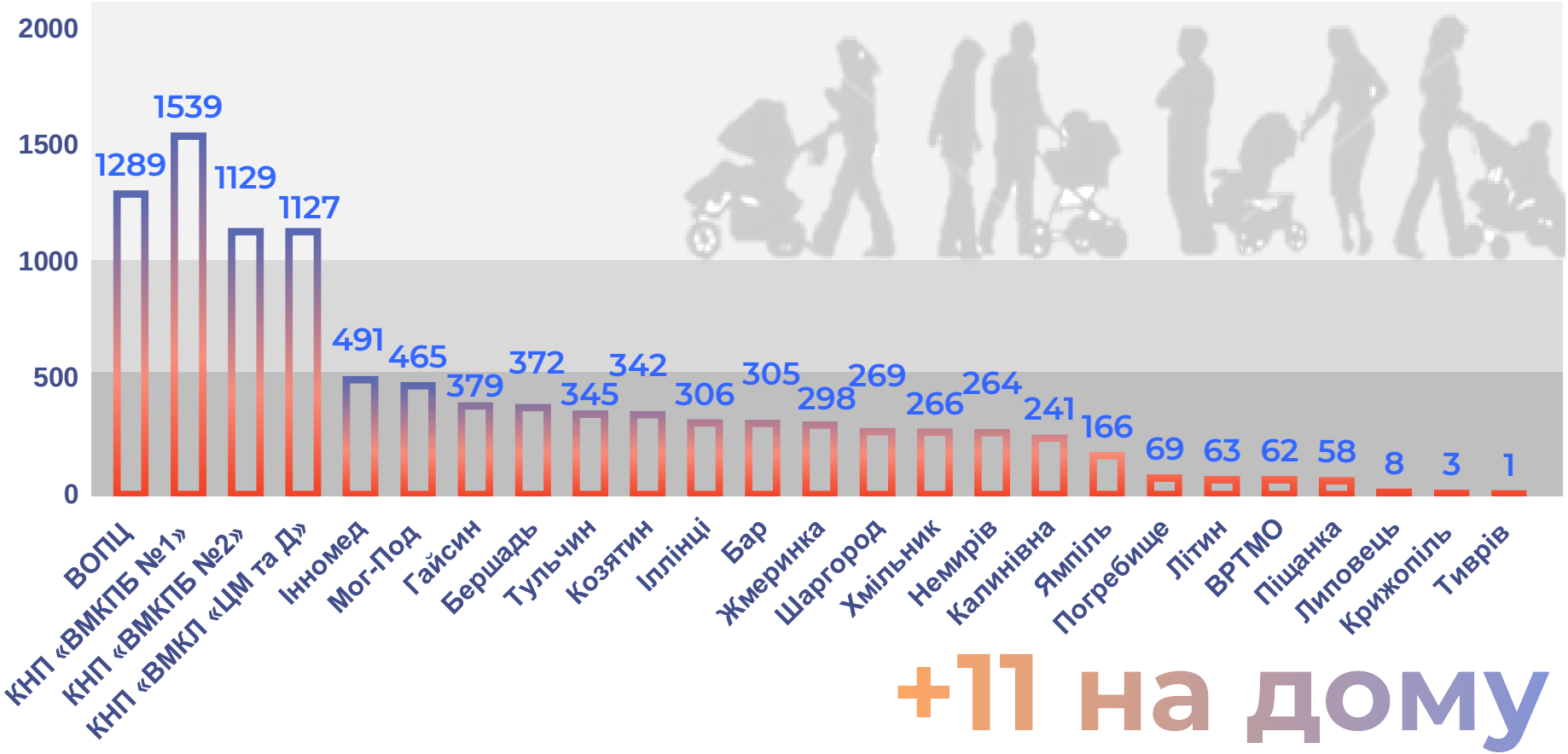
Динаміка у кількості пологів 2016-2022 р.р.



Динаміка у кількості оперативних пологів 2016-2022 р.р.



У 2022 р. звітували – 24+1 закладів ОЗ

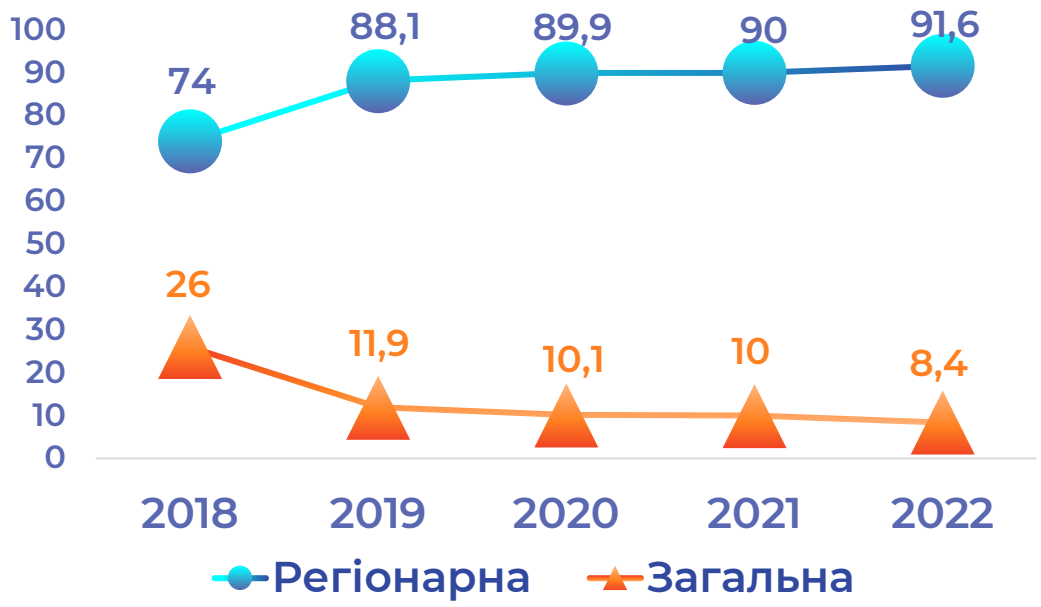


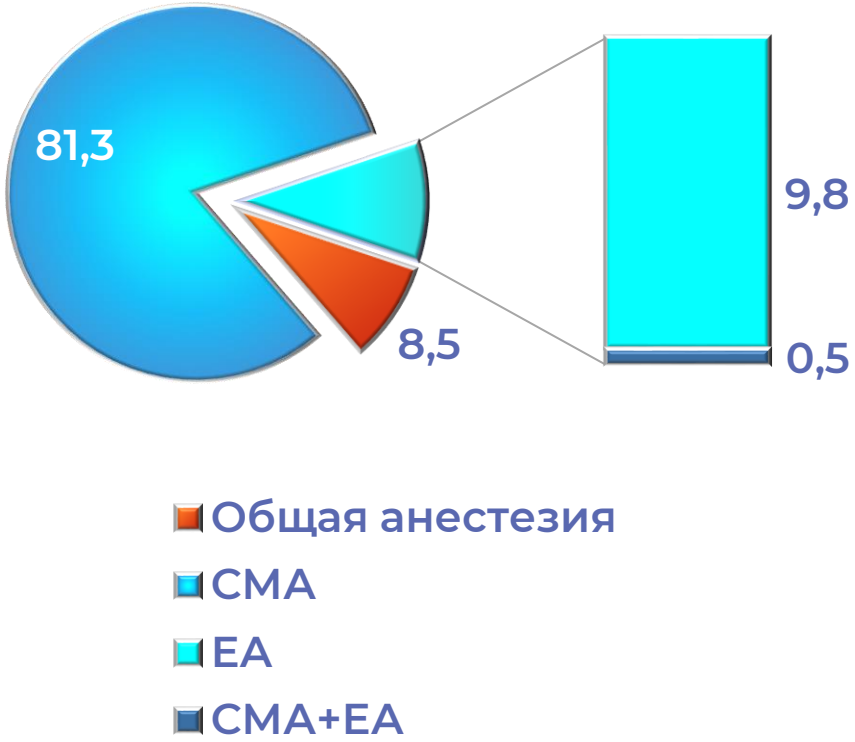
+11 на дому

На сьогодні договір з НСЗУ на пакет «Медична допомога при пологах» мають 16 медичних закладів Вінниччини

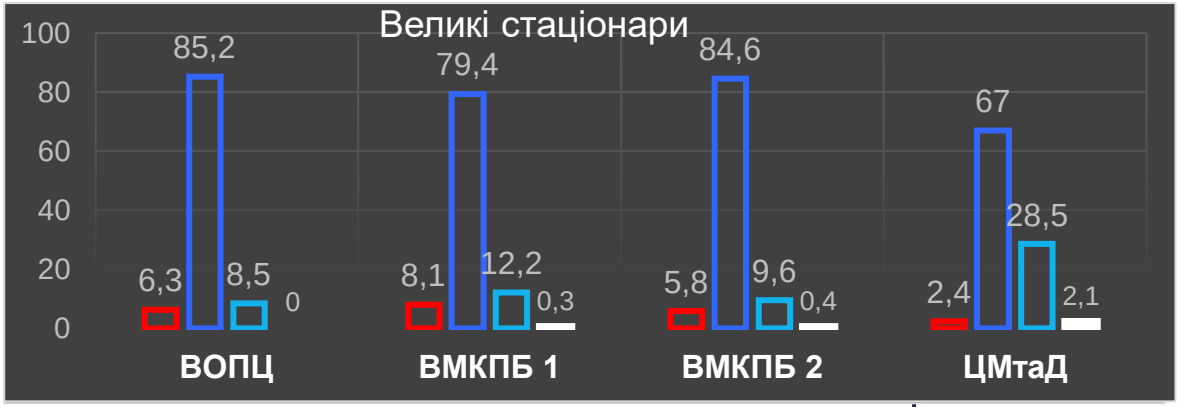
- ВОПЦ
- КНП «ВМПБ №1»
- Вінницька МЛ«ЦМ та Д»
- Барська міська лікарня
- Бершадська ОЛІЛ
- Гайсинська ЦРЛ
- Жмеринська ЦРЛ
- Іллінецька міська лікарня
- Калинівська ЦРЛ
- Козятинська ЦРЛ
- Могилів-Подільська ОЛІЛ
- Немирівська міська лікарня
- Тульчинська ЦРЛ
- Хмільницька ЦРЛ
- Шаргородська ЦРЛ
- Ямпільська ЦРЛ

Анестезія для КР у 2022 р.

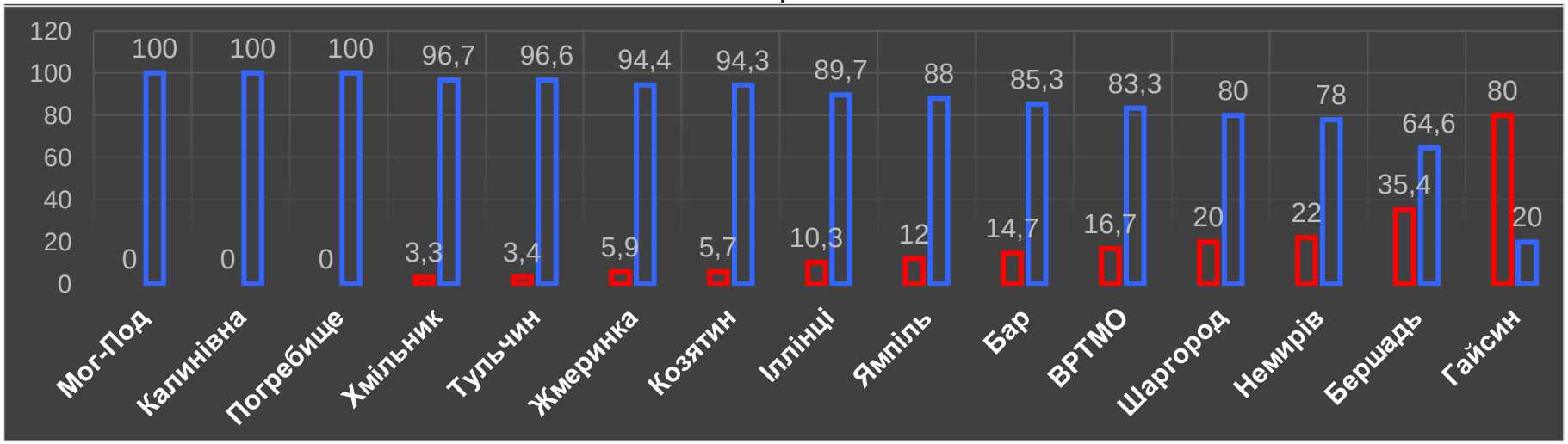




Методи знеболення КР у 2022 р. (%)



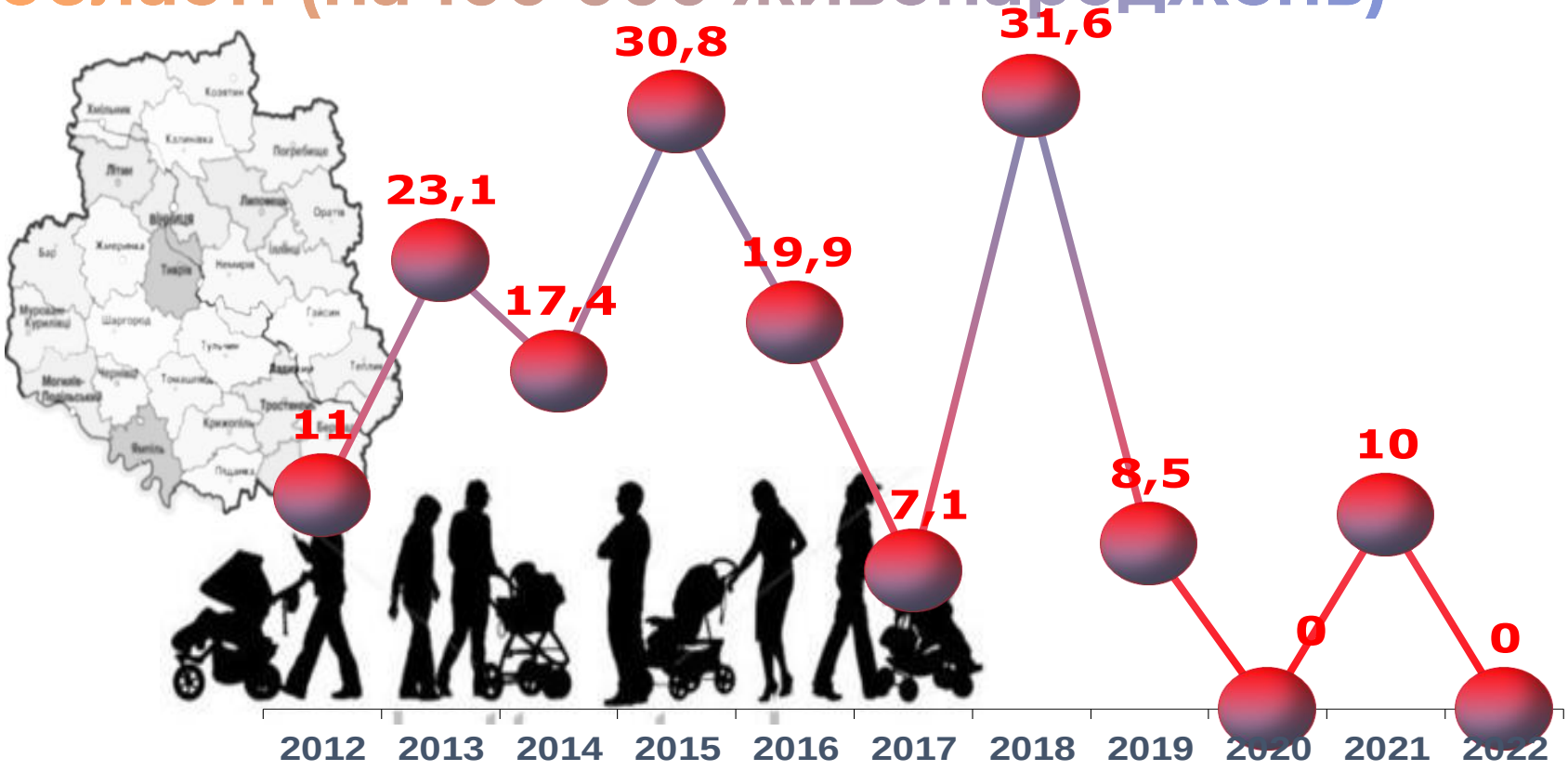
- Загальна анестезія
- СМА
- ЕДА
- СМА + ЕДА



Материнська смертність у Вінницькій області в 2022 р. –

0 випадків

Динаміка показника МС у Вінницькій області (на 100 000 живонароджень)



Будемо говорити

01 Показники роботи служби акушерскої анестезіології в 2022 р.

02 Акушерська анестезіологія. Що нового?

03 Що треба змінити?

Акушерська анестезіологія. Що нового?

02

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Накази МОЗ України в 2022 р.

- Наказ МОЗ України «Кесарів розтин» №8 від 24.01.22р.
- Наказ МОЗ України «Гіпертензивні розлади у вагітних» №151 від 24.01.22р.
- Наказ МОЗ України «Фізіологічні пологи» №170 від 26.01.22р.

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УК

5 січня 2022 року

НАКАЗ

Київ

Про затвердження Уніфікованого клінічного пр вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціа допомоги «Кесарів розтин»

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКІ

НАКАЗ

24 січня 2022 року

Київ

Про затвердження Уніфікованого клінічного прот вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціал допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітност післяпологовому періоді»

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАКАЗ

Київ

26 січня 2022 року 170

Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи»

Клінічні протоколи втратять чинність. Як надавати медичну допомогу?

- 1 вересня 2021 року **МАЛИ** втратити чинність понад 90 наказів щодо стандартизації медичної допомоги, оскільки у **2020** року МОЗ планувало позбутися застарілих клінічних протоколів (наказ МОЗ «Про визнання такими, що втратили чинність, деяких наказів МОЗ України» від **28.02.2020 № 590,** та про відтермінування втрати чинності накази МОЗ **від 24.02.2021 №337** та від **31.08.2021 № 1852**) і
- Наказом МОЗ «Про визнання такими, що втратили чинність, деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України» від 26.08.2022 №1541 вкотре відтермінувало втрату чинності понад 90 наказів, які затверджують стандарти та протоколи лікування за різними нозологіями **ДО 1 ВЕРЕСНЯ 2023 РОКУ**

https://medplatforma.com.ua/article/2294-klnchn-protokoli-vtratyat-chinnst-z-1-veresnya-2022-roku-yak-nadavati-medichnu-dopomogu

Навіщо керуватися клінічними протоколами?

Якщо результати лікування не задовольнили пацієнта, то між ним і лікарем виникне конфлікт.

За найгіршим сценарієм, він завершиться судовим позовом!!! – Ст. 141 КК

Під час **досудового розслідування** постануть запитання:

- як визначити, чи належно лікар виконав свою роботу?
- чи в повному обсязі лікар провів попередні діагностичні обстеження?
- чи відповідала призначена терапія діагнозу?
- чи ускладнення виникли через особливості організму конкретного пацієнта?

https://medplatforma.com.ua/article/2294-klnchn-protokoli-vtratyat-chinnst-z-1-veresnya-2022-roku-yak-nadavati-medichnu-dopomogu

Як працювати лікарю з 1 вересня 2023р.?

- **Верховний Суд** роз'яснив, що дії медичного працівника протиправні, якщо не відповідають галузевим стандартам та нормативним локальним актам (постанова від **27.02.2019** у справі **№ 755/ 2545/15-ц).**

- Вітчизняні стандарти і клінічні протоколи надання медичної допомоги
- **Міжнародні протоколи**, які в редакції МОЗ мають назву «нові клінічні протоколи»*

* Заклади охорони здоров'я мають право **самостійно обирати та перекладати** протоколи. Єдина умова — керівник має затвердити обраний міжнародний протокол локальним наказом.

https://medplatforma.com.ua/article/2294-klnchn-protokoli-vtratyat-chinnst-z-1-veresnya-2022-roku-yak-nadavati-medichnu-dopomogu

Рівень доказовості – «мамою клянуся!»

Будемо говорити

01 Показники роботи служби акушерскої анестезіології в 2022р.

02 Акушерська анестезіологія. Що нового?

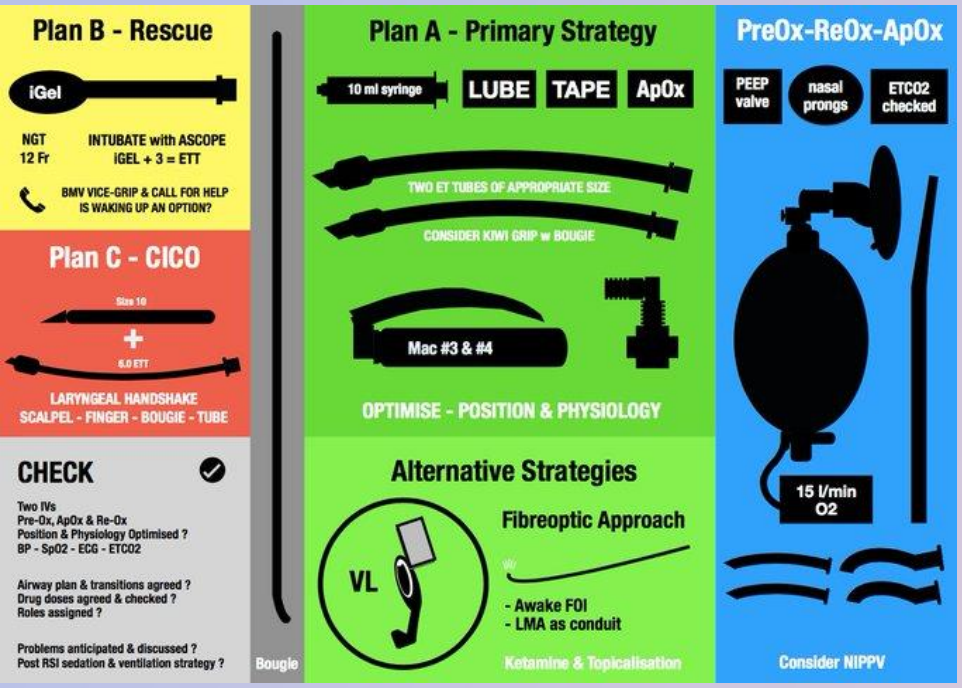
03 Що треба змінити?

Що треба змінити?

03

01 НАША ПРАКТИКА

Мені не потрібна стратегія тяжких дихальних шляхів



РЕКОМЕНДАЦІЇ OAA&DAS

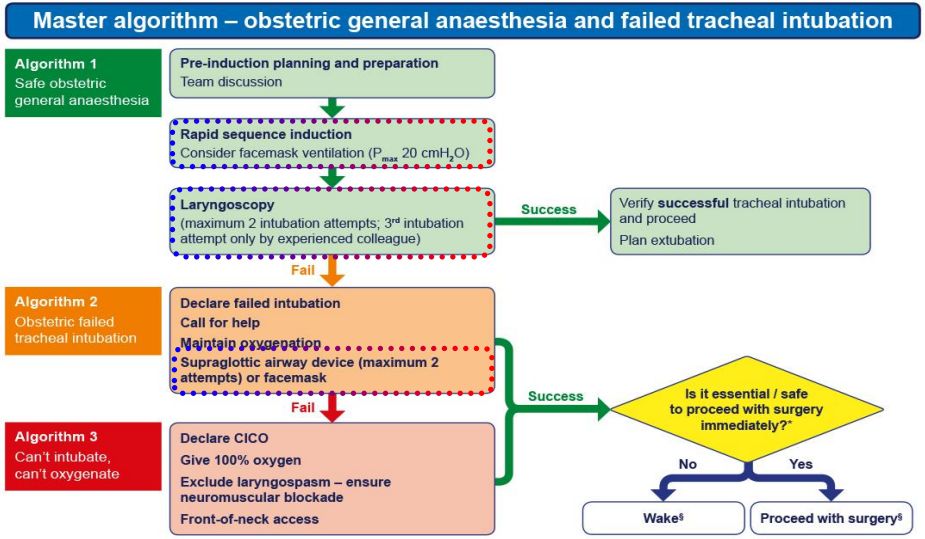
Difficult Airway Society

Search

HOME | PUBLICATIONS | PROJECTS | EDUCATION & RESEARCH | PATIENT INFORMATION | MEETINGS | COURSES | MEMBERS

Home

Guidelines for the management of difficult and failed tracheal intubation in obstetrics - 2015

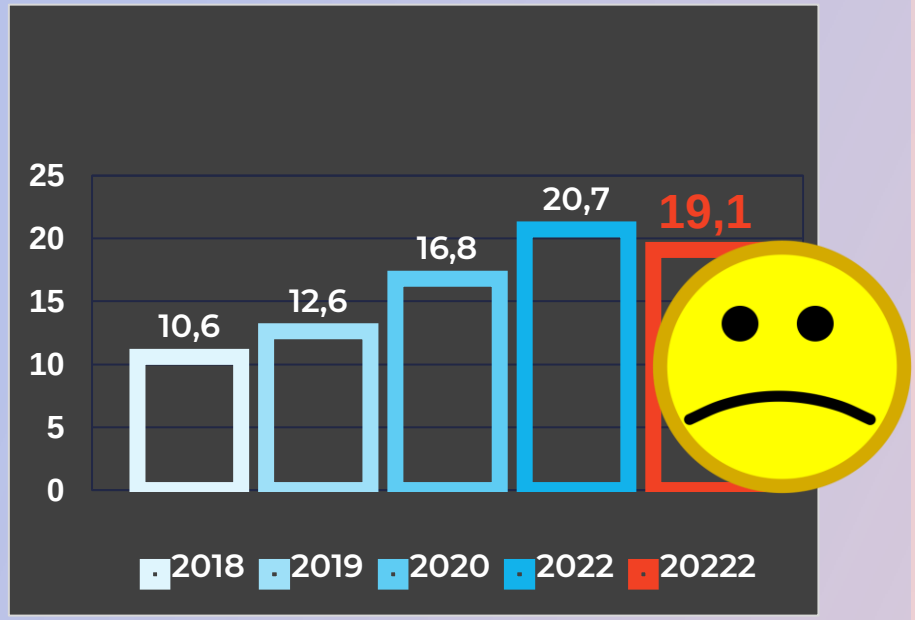


*See Table 1, §See Table 2

© Obstetric Anaesthetists' Association / Difficult Airway Society (2015)

02 НАША ПРАКТИКА

Знеболено 1414 з 7384 пологів



РЕКОМЕНДАЦІЯ МОЗ, 2022

Знеболення НЕ ПОТРЕБУЄ медичних показів !!! Біль – це і є показання до ЕА

Специфікація надання медичних послуг за напрямом
«МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ ПОЛОГАХ»

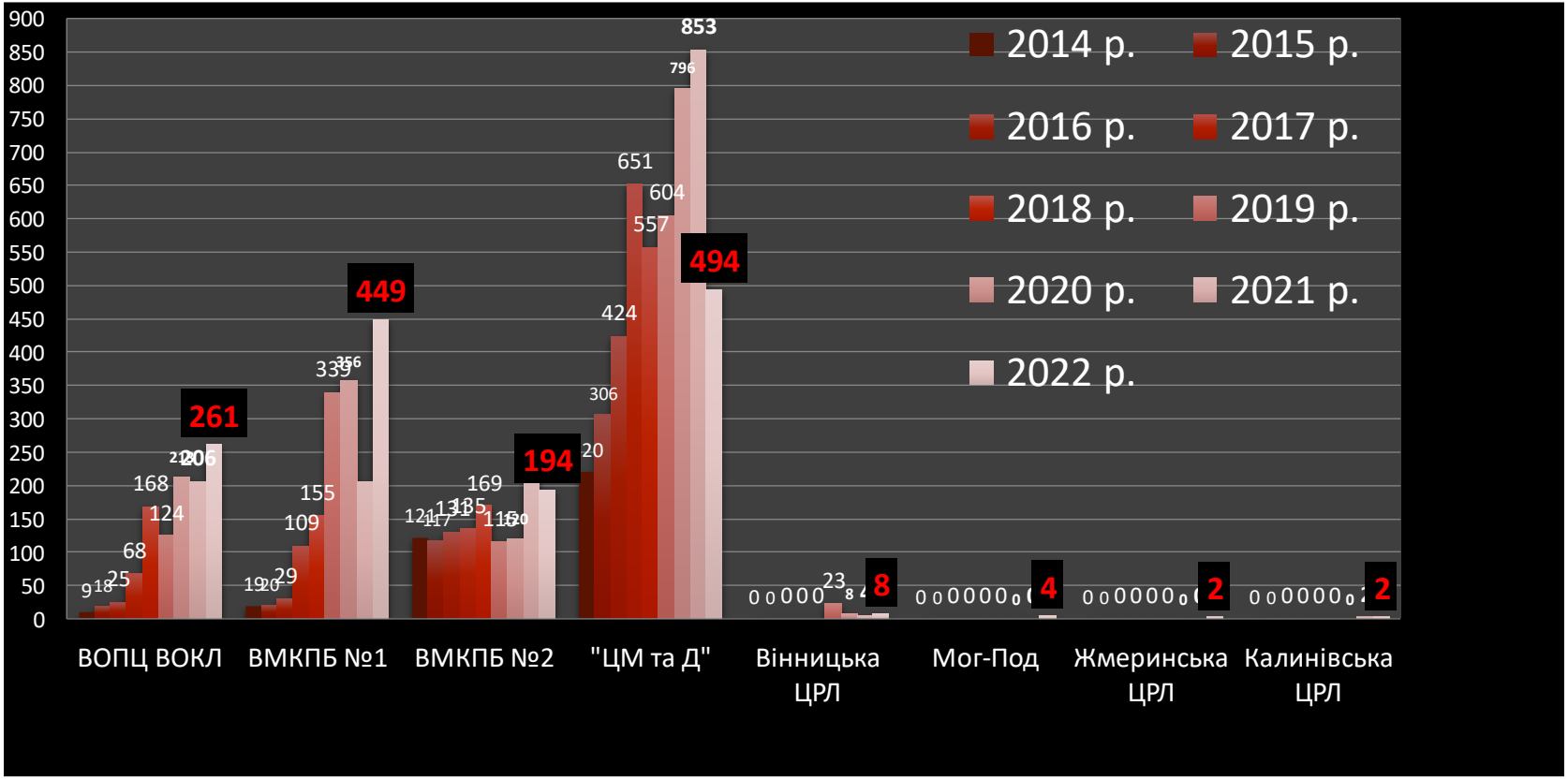
Обсяг послуги (специфікація) відповідно до потреб пацієнта:

1. Надання медичної допомоги при пологах черговою акушерською бригадою.
2. Ведення нормальних пологів.
3. Проведення вагінальних інструментальних пологів (вакуум-екстракція, акушерські лещата) в разі виникнення ускладнень.
4. Проведення ургентного кесарево розтину.
5. Проведення планового кесарського розтину (у закладах охорони здоров'я II та III рівня перинатальної допомоги).
6. Моніторинг стану роділлі, плода, породіллі та новонародженого.
7. Зниження больових відчуттів у жінки під час пологів.
8. Проведення лабораторних та інструментальних обстежень у цілодобовому режимі.
9. Проведення інтенсивної терапії жінкам у випадку виникнення у них загрозливих для життя станів.
10. Проведення заходів з первинної реанімації та стабілізації стану новонароджених.

На сьогодні договір з НСЗУ на пакет «Медична допомога при пологах» мають 16 медичних закладів Вінниччини

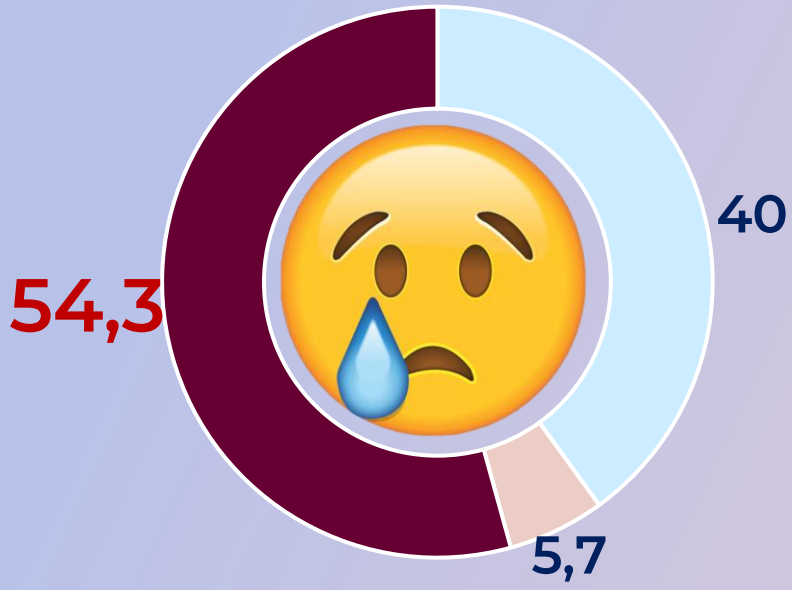
- **ВОПЦ**
- **КНП «ВМПБ №1»**
- **Вінницька МЛ«ЦМ та Д»**
- Барська міська лікарня
- Бершадська ОЛІЛ
- Гайсинська ЦРЛ
- **Жмеринська ЦРЛ**
- Іллінецька міська лікарня
- **Калинівська ЦРЛ**
- Козятинська ЦРЛ
- **Могилів-Подільська ОЛІЛ**
- Немирівська міська лікарня
- Тульчинська ЦРЛ
- Хмільницька ЦРЛ
- Шаргородська ЦРЛ
- Ямпільська ЦРЛ

ЕА для знеболення пологів у 2022 р. (%)



03 НАША ПРАКТИКА

Нейроаксіальні опіоїди



Фентаніл Морфін Без опіоїда

РЕКОМЕНДАЦІЯ *PROSPECT*

Нейроаксіальний морфін при одномоментній СМА – «золотий» стандарт післяопераційного знеболення

НЕЙРОАКСІАЛЬНІ ОПІОЇДИ

Наказ МОЗ України N977 від 21.12.2011 «Кесарів розтин»

- Фентаніл 15-20 мкг інтратекально

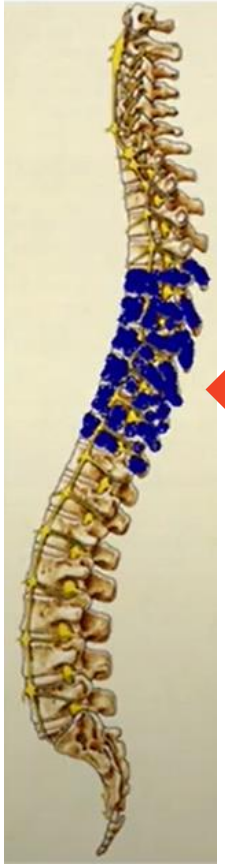
Старі рекомендації

Нові рекомендації

Наказ МОЗ України N8 від 05.02.2022 «Кесарів розтин»

- Інтратекально:
  - Фентаніл 15-20 мкг
  - Морфін 50-100 мкг
- Епідурально:
  - Морфін 2-3 мг
  - Фентаніл 25-50 мкг

Залежність сегментарності аналгезії від ліпофільності опіоїда



Фентаніл
(ліпофільний)

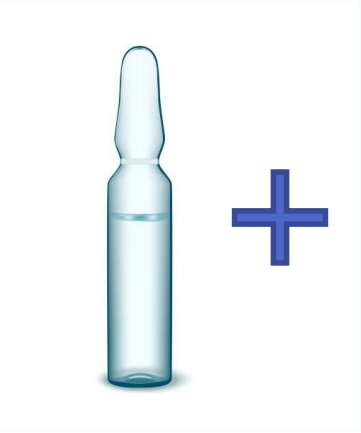
Морфін
(гідрофільний)

Аналгезія до **24** год.
> **300** мкг – побічні ефекти посилюються без клінічної користі

Як вводити морфін?

Приготувати розчин:

1,0 мл **1%** **Морфіну** + **19** мл NaCl



«Робочий» розчин 20 мл

0,5 мг / мл

Доза: 50-100 мкг

0.1-0.2 мл інтратекально

Доза: 2-3 мг

4-6 мл епідурально

04 НАША ПРАКТИКА

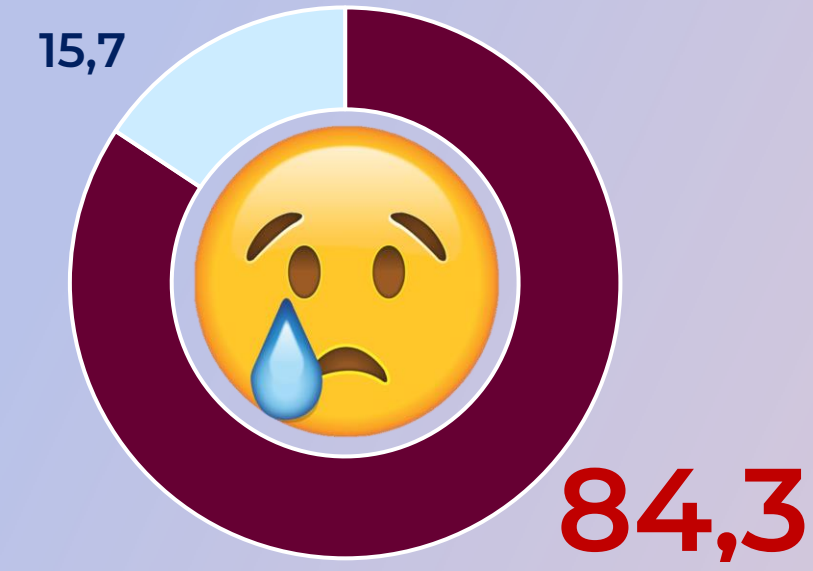
Передпроцедурне нейроаксіальне УЗД

???

Тріада «тяжких» нейроаксіальних анестезій

05 НАША ПРАКТИКА

Профілактика гіпотензії



Лікування Профілактика

РЕКОМЕНДАЦІЯ *ERAS*

Артеріальна гіпотензія, пов'язана з СМА при КС, повинна в першу чергу коригуватися **<u>профілактичним</u>** введенням вазопресора (напр., Фенілефрин …

Anaesthesia 2018, 73, 71–92 doi:10.1111/anae.14080

Guidelines

International consensus statement on the management of hypotension with vasopressors during caesarean section under spinal anaesthesia

S. M. Kinsella,[1] B. Carvalho,[2] R. A. Dyer,[3] R. Fernando,[4] N. McDonnell,[5] F. J. Mercier,[6] A. Palanisamy,[7] A. T. H. Sia,[8] M. Van de Velde[9,10], A. Vercueil[11] and the Consensus Statement Collaborators

1 Consultant, Department of Anaesthesia, St Michael's Hospital, Bristol, UK
2 Professor, Department of Anesthesiology, Stanford University School of Medicine, Stanford, CA, USA
3 Professor Emeritus, Department of Anaesthesia and Peri-operative Medicine, University of Cape Town, Cape Town, South Africa
4 Senior Consultant, Department of Anaesthesia, Hamad Women's Hospital, Doha, Qatar
5 Clinical Associate Professor, Department of Anaesthesia and Pain Medicine, King Edward Memorial Hospital for Women, Subiaco, Australia
6 Professor, Département d'Anesthésie-Réanimation, Hôpital Antoine Béclère, Clamart, France
7 Assistant Professor, Department of Anesthesiology, Washington University School of Medicine, St. Louis, MO, USA
8 Professor and Senior Consultant, Department of Women's Anaesthesia, KK Women's and Children's Hospital, Singapore
9 Chair, Department of Anesthesiology, UZ Leuven, Leuven, Belgium
10 Professor of Anesthesiology, Department of Cardiovascular Sciences, KU Leuven, Leuven, Belgium
11 Consultant, Department of Anaesthesia and Intensive Care Medicine, King's College Hospital NHS Foundation Trust, London, UK

Перший міжнародний консенсус із терапії гіпотензії при СМА під час КР

Mike Kinsella St Michael's Hospital, Bristol 6th November 2017

Як вводити мезатон для профілактики?

Приготувати розчин:

1,0 мл **1%** **Мезатону** + **200** мл NaCl

+

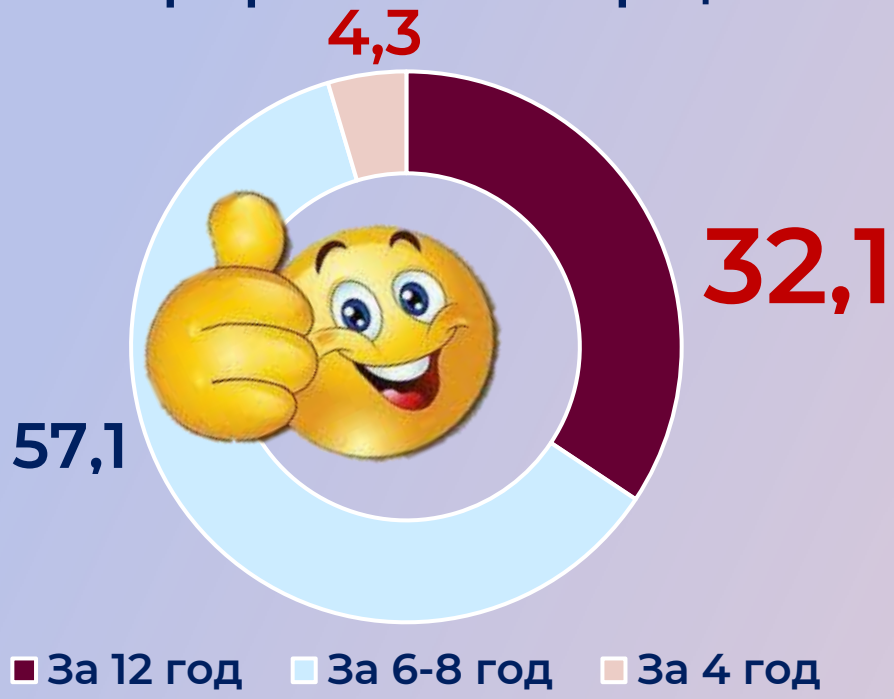
= **50 мкг / мл**

Швидкість:
25-50 мкг/хв
(30-60 мл/год)

Болюси: 50-100 мкг (1-2 мл)

06 НАША ПРАКТИКА

Передопераційне голодування та профілактика аспірації



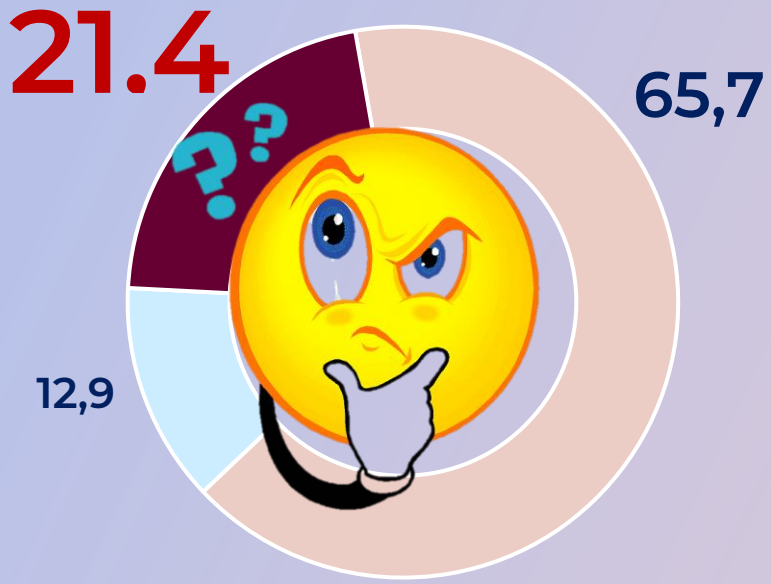
РЕКОМЕНДАЦІЯ *ASA, ESA*

- припинення споживання їжі за **6 год** до операції
- припинення прийому рідини за **2 год** до операції
- прийом вуглеводного напою на ніч та за **2 год** до операції

07 НАША ПРАКТИКА

Рутинна профілактика аспірації

55/70 (78.6%)



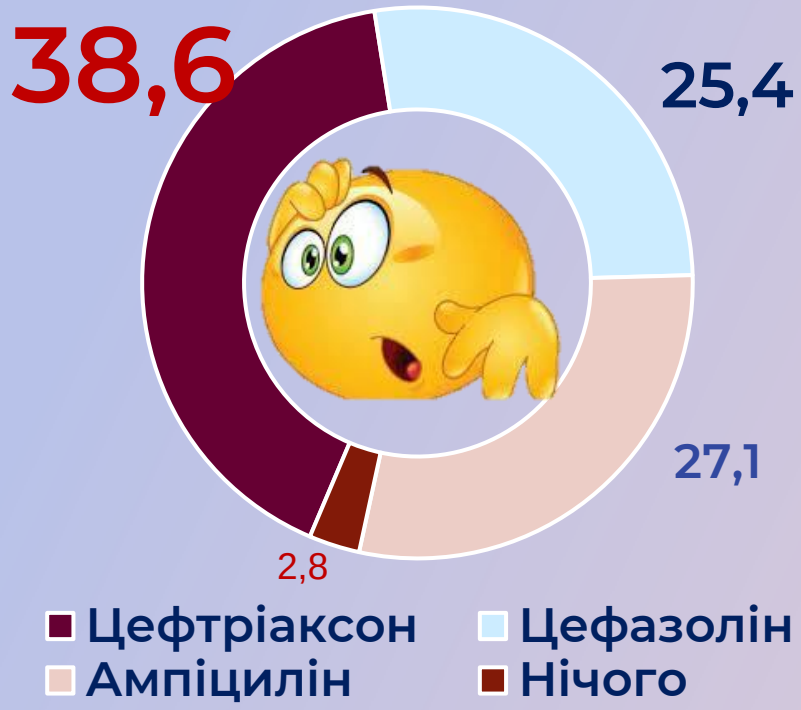
Омепразол Ранітидин Не проводимо

РЕКОМЕНДАЦІЯ *ASA*

Перед проведенням КР розгляньте своєчасне застосування пероральних монокомпонентних **антацидів, антагоністів H_2-рецепторів** та/або **метоклопраміду** для профілактики аспірації.

08 НАША ПРАКТИКА

Антибіотикопрофілактика



РЕКОМЕНДАЦІЯ *ASA, ESA*

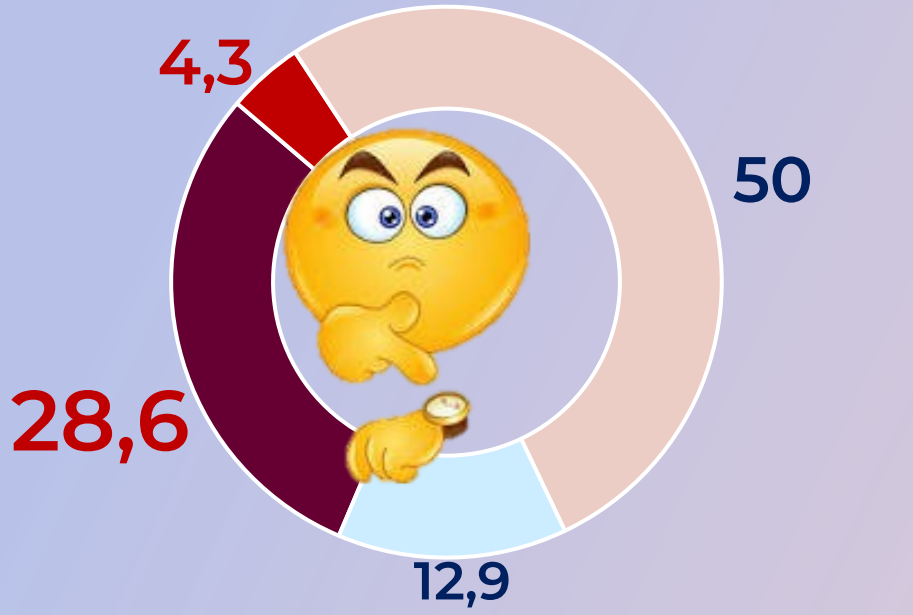
Стандартна профілактика:
1 доза **ЦЕФАЗОЛІНУ**

Дозування:

- **<80 кг – 1 г**
- **80-120 кг – 2 г**
- **>120 кг – 3 г**

08 НАША ПРАКТИКА

Таймінг антибіотикопрофілактики

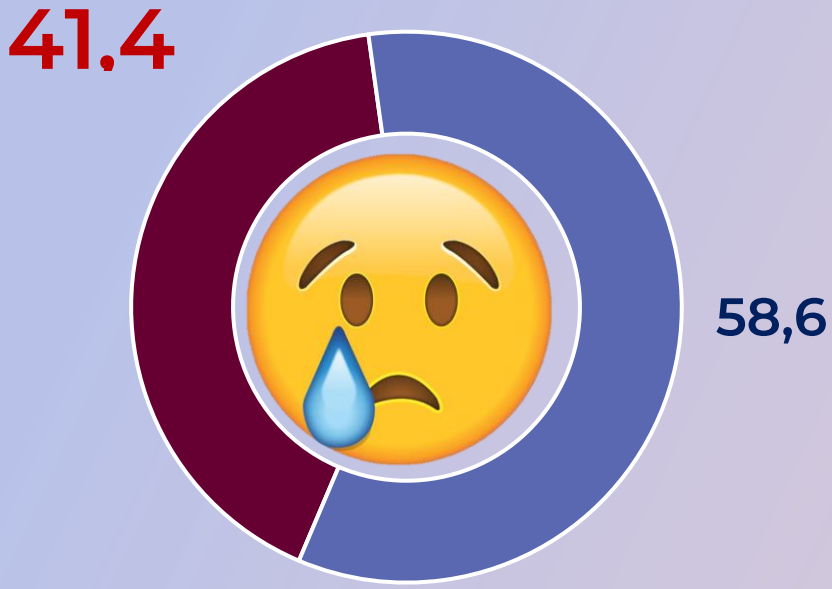


РЕКОМЕНДАЦІЯ *ASA, ESA*

Стандартна профілактика:
1 доза ЦЕФАЗОЛІНУ в
межах 60 хвилин перед розрізом шкіри

09 НАША ПРАКТИКА

Режим знеболення

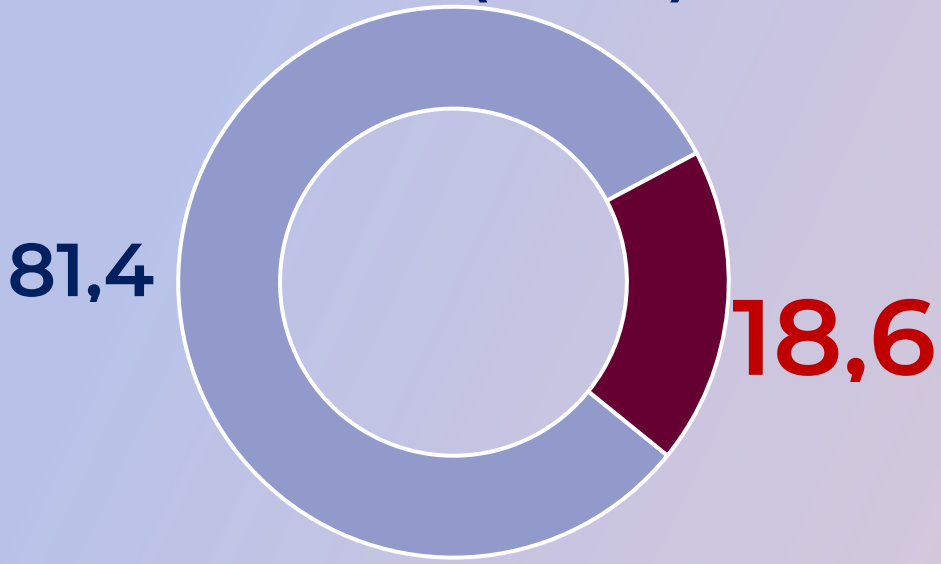


- За запитом пацієнта
- Планове призначення

09 НАША ПРАКТИКА

Мультимодальне знеболення

57/70 (81,4%)



- Мультимодальне
- Одним анальгетиком

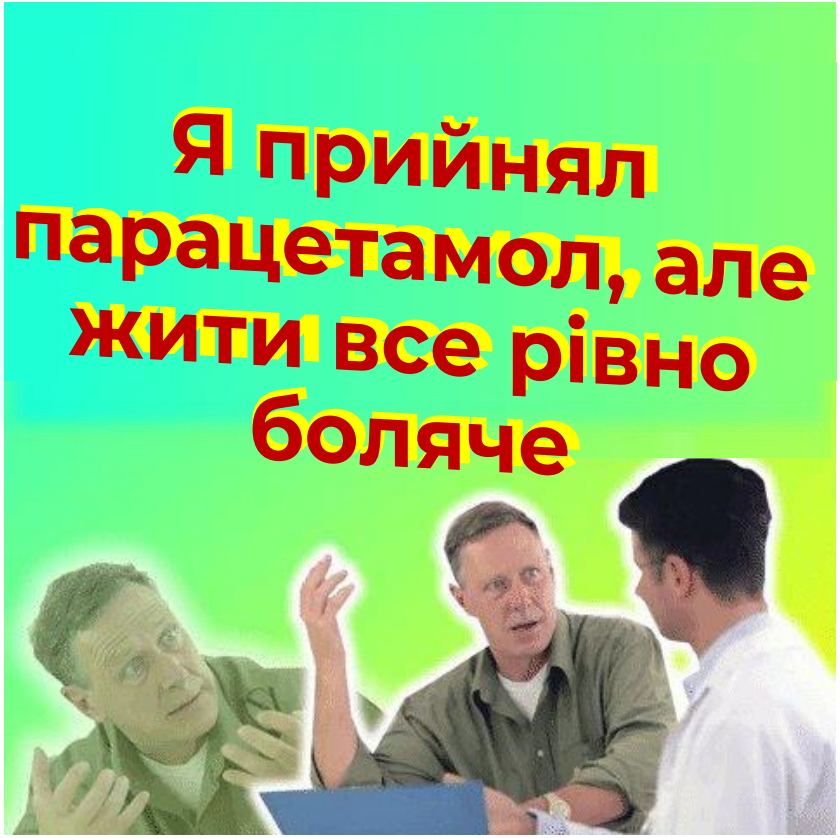
РЕКОМЕНДАЦІЯ *ASA, ESA*

Стандартна мультимодальна терапія:

- Парацетамол
  - **1000** мг ВВ кожні **6** год
  - **500-1000** мг per os кожні **6** год
- НПЗЗ
  - Ібупрофен **600** мг кожні **6** год
  - Кеторолак **15** мг ВВ кожні **6** год
- Наркотичні анальгетики – за показами

Предиктори невдачі стандартної терапії

- Хронічний біль
- Хронічне вживання опіоїдів
- Великі вертикальні розрізи по середній лінії
- Поганий сон
- Високий індекс соматизації
- Високий індекс катастрофізації



З презентації О.Туркота

Мультимодальний контроль болю після КС

Стандартна мультимодальна терапія:

- Парацетамол
  - **1000** мг ВВ кожні **6** год
  - **500-1000** мг per os кожні **6** год
- НПЗЗ
  - Ібупрофен **600** мг кожні **6** год
  - Кеторолак **15** мг ВВ кожні **6** год
- Наркотичні анальгетики – за показами

Спеціальні ЛЗ:

- Габапентин **600 мг** перорально по 1 дозі або у доопераційному періоді
- Нефопам
- Кетамін **0,1-0,3** мг/кг/год
- Наркотичні анальгетики – за показами

УДК 618.5-089.888.61

Н.В. Титаренко[1,2], А.В. Вознюк[1,2], А.В. Костюченко[1], О.І. Дацюк[1,2], І.Л. Кукуруза[1,2], О.П. Засаднюк[1,2], Г.В. Бевз[1]

Що потрібно змінити для підвищення ефективності знеболювання після кесаревого розтину? Аналіз результатів опитування анестезіологів Вінницької області

[1]Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, Україна
[2]КНП «Вінницька обласна клінічна лікарня імені М.І. Пирогова Вінницької обласної ради», Україна

Ukrainian Journal Health of Woman. 2022. 2(159): 26-32; doi 10.15574/HW.2022.159.26

For citation: Tytarenko NV, Voznyuk AV, Kostiuchenko AV, Datsiuk OI, Kukuruza IL, Zasadnyuk OP, Bevz GV. (2022). What needs to be changed to increase the effectiveness of post-caesarean section analgesia? Analysis of the results of the survey of anesthesiologists of the Vinnytsya region. Ukrainian Journal Health of Woman. 2(159): 26-32; doi 10.15574/HW.2022.159.26.

Післяопераційний контроль болю після кесаревого розтину є важливою проблемою для пацієнтів і медичних працівників. Частота неадекватного знеболювання після абдомінального розродження сягає 50%. Це може бути наслідком необґрунтованих побоювань, що знеболювальні препарати або втручання можуть спричинити розвиток материнських і неонатальних побічних ефектів, а також тому, що інтенсивність болю після кесаревого розтину часто недооцінюється.

Мета — проаналізувати відповідність післяопераційного знеболювання в акушерських стаціонарах та відділеннях м. Вінниці та Вінницької області чинним протоколам.

Матеріали та методи. Проведено багатоцентрове регіональне опитування, в якому взяли участь 69 лікарів-анестезіологів із 21 лікувального закладу м. Вінниці та Вінницької області, в яких надається допомога акушерським пацієнткам. Електронний опитувальник містив питання щодо оцінювання інтенсивності болю, вибору анальгетика(ів) та таймінгу їх введення для знеболювання жінок, які розроджуються шляхом кесаревого розтину. Отримані результати відображають практику 21/23 (91,3%) акушерських стаціонарів і відділень у м. Вінниці та Вінницькій області. Аналіз даних проведено за допомогою статистичного пакету «SPSS 20» (SPSS Inc.) версії 21.0.0 для «Windows».

Результати. Установлено, що більшість (87%) лікарів-анестезіологів Вінницької області оцінюють післяопераційний біль, використовуючи опис породіллю інтенсивності больових відчуттів або візуально-аналогову шкалу. Серед лікарів-анестезіологів, які надають допомогу акушерським пацієнтам, 81,1% дотримуються принципів мультимодальної аналгезії. Її базисом є призначення ацетамінофену та нестероїдного протизапального засобу з або без опіоїдів.

Висновки. Перспективою підвищення ефективності знеболювання після кесаревого розтину є розроблення та впровадження в м. Вінниці та Вінницькій області чіткої єдиної стратегії лікування післяопераційного болю. При цьому слід більшою мірою реалізувати концепцію попереджувальної аналгезії (preventive analgesia) та планового призначення неопіоїдних анальгетиків через фіксовані проміжки часу (кожні 6 год).

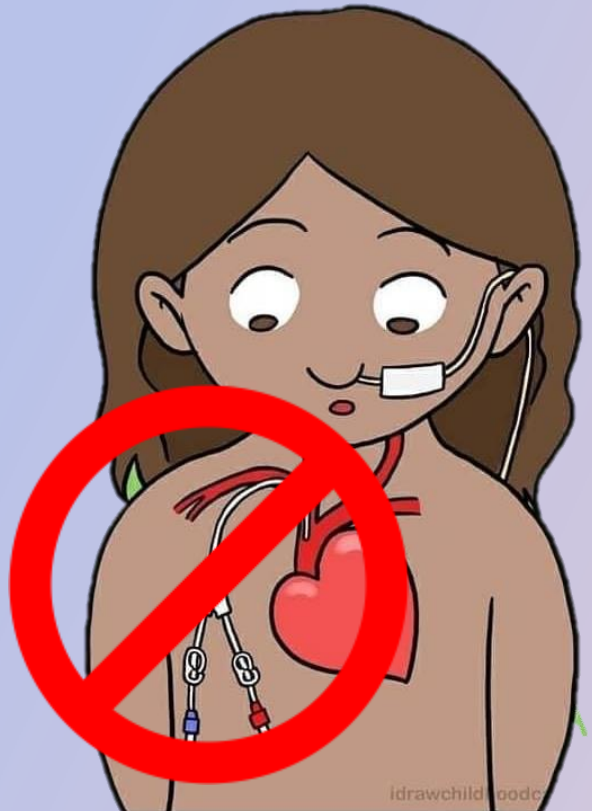
Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом усіх зазначених у роботі установ. На проведення досліджень отримано інформовану згоду пацієнток.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: кесарів розтин, післяопераційне знеболювання, оцінка болю, мультимодальна аналгезія.

10 НАША ПРАКТИКА

Центральний доступ



РЕКОМЕНДАЦІЯ *MBRRACE-UK*

- Показання для катетеризації центральної вени – лише відсутність адекватного периферичного доступу або проведення тривалої (більше доби) інотропної/вазопресорної підтримки
- Два катетери **16G** можуть замінити катетер в центральній вені, а використання вазоактивних препаратів протягом короткого часу не являються показанням для катетеризації центральної вени

ВИСНОВКИ

01

Кількість пологів буде знижуватися!!!

Акушерську допомогу у 2023 р. будуть надавати 16 ЛЗ (26 – 2015 р.)

02

З 1 вересня 2023р.:

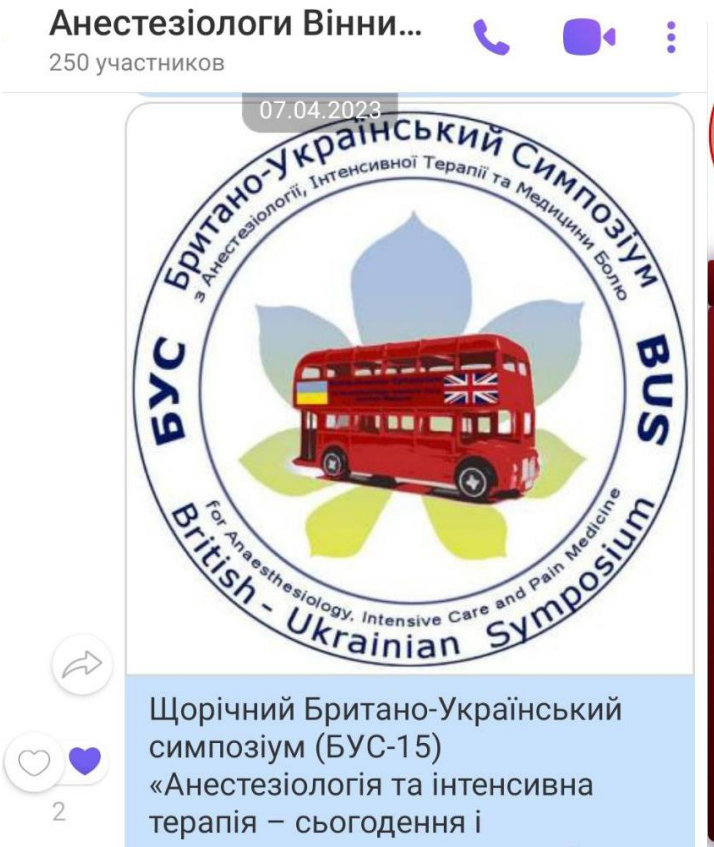
- Вітчизняні стандарти і клінічні протоколи надання мед. допомоги
- «Нові клінічні протоколи»

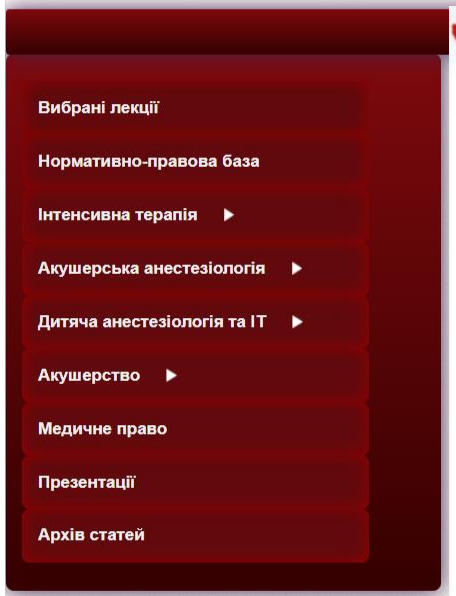
03

Що треба змінити?

Насамперед впровадити знеболення пологів, що передбачено вимогами ПМГ 2020

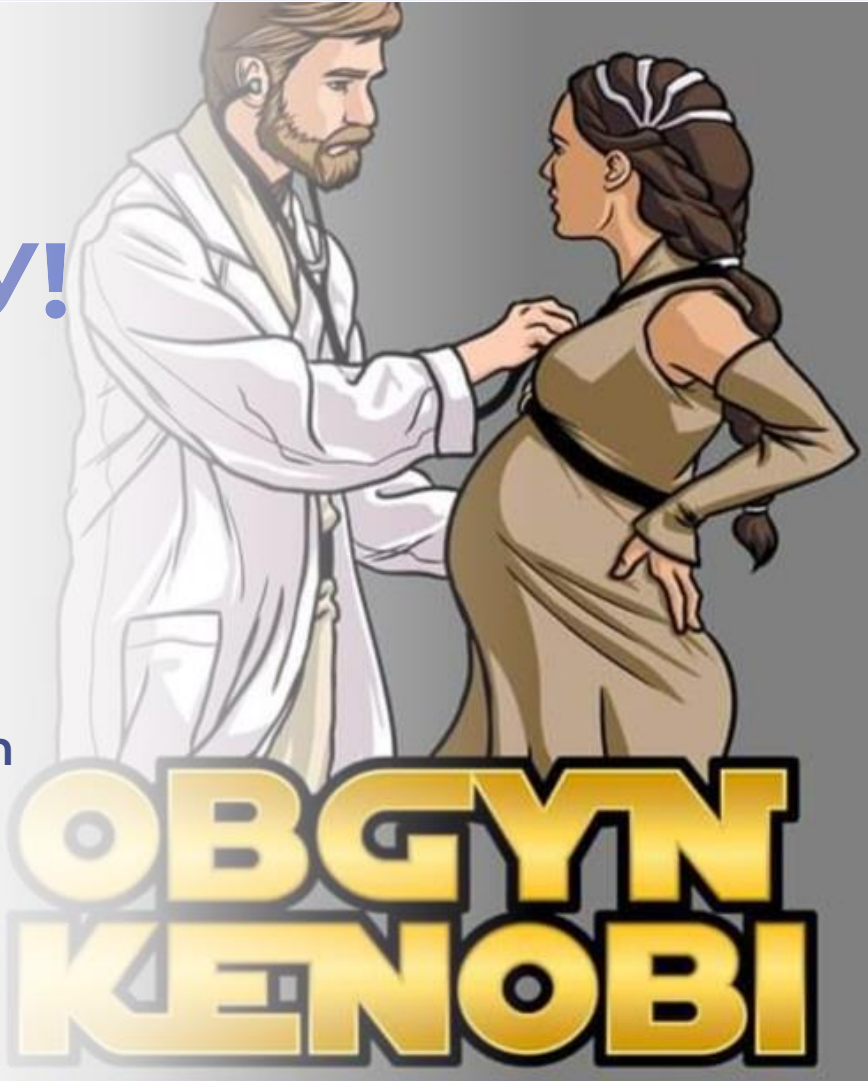
Інформаційна підтримка





ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!

Питання?..

Моб.: 097 584 79 82
e-mail: andriykostyuchenko@gmail.com

ЗАВЖДИ НА ЗВ’ЯЗКУ!