

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ, ЭКЛАМПСИЕЙ.

Гайдук А. Р., Курганская Ю. И., Семенцова С. В.

Гродненский государственный медицинский университет,
Кафедра акушерства и гинекологии
г. Гродно

Ключевые слова: артериальная гипертензия, преэклампсия, эклампсия, беременность, анестезиологическое обеспечение.

Резюме: статья посвящена проблеме анестезиологического обеспечения беременных с артериальной гипертензией, преэклампсией, эклампсией. С целью изучения анестезиологического обеспечения беременных с артериальной гипертензией, преэклампсией, эклампсией проведен анализ 100 историй болезни в период с 2015 по 2017 год, из них отобрано 15 историй болезни беременных с диагнозом гестоз, преэклампсия тяжелой степени тяжести, артериальная гипертензия II риск 3. Проведён анализ историй болезни и выявлены основные препараты, применяющиеся для анестезиологического обеспечения беременных с преэклампсией, эклампсией, артериальной гипертензией.

Resume: the article is devoted to the problem of anesthesiology provision of the pregnant women with arterial hypertension, preeclampsia, eclampsia. The analysis of one hundred case-records was conducted during the period from 2015 to 2017 year, with the aim of investigation of anesthesiology provision the pregnant women with arterial hypertension, preeclampsia, eclampsia, but 15 case-records were selected with diagnosis Gestosis, preeclampsia, eclampsia heavy olegree heaviness arterial hypertension II risk 3. The analysis of case-records was conolucted and the main preporations were exposed, wich are used for anesthesiology provision of the pregnant women with preeclampsia, eclampsia, arterial hypertension.

Актуальность. Артериальная гипертензия беременных является наиболее распространённым заболеванием сердечно-сосудистой системы, которое влечёт за собой тяжёлые нарушения здоровья матери и плода. По статистическим данным число родов, осложнённых гипертонией на 2013 год составило 2460 или 21,0 на 1000 родов. Грозным осложнением являются нарушения мозгового кровообращения, отслойка сетчатки, преэклампсия, эклампсия, массивные коагулопатические кровотечения.

За последние пять лет частота преэклампсии увеличилась с 17 до 24%. В структуре материнской смертности преэклампсия занимает третье место и составляет 11,8-14,8%. Что касается эклампсии, то она характеризуется максимальными проявлениями полиорганной недостаточности, особенно изменениями нервной системы, при прогрессировании нередко заканчивается смерть. Все вышеперечисленные состояния являются жизнеугрожающими как для матери, так и для будущего ребёнка.

Цель: выявить наиболее оптимальные препараты для анестезиологического обеспечения беременных с артериальной гипертензией, преэклампсией, эклампсией.

Задачи: 1. Изучив истории болезни найти препараты, применяющиеся для

анестезиологического обеспечения беременных с артериальной гипертензией, преэклампсией, эклампсией; 2. Рассмотреть положительные и отрицательные стороны препаратов, применяющихся для анестезиологического обеспечения беременных с артериальной гипертензией, преэклампсией, эклампсией.

Материалы и методы. Был проведен анализ 100 историй болезни в период с 2015 по 2017 год на базе БСМП г. Гродно, из них отобрано 15 историй болезни беременных с диагнозом гестоз, преэклампсия тяжелой степени тяжести, артериальная гипертензия II риск 3. Диагноз преэклампсия и гестоз встречается наиболее часто. Средний возраст пациенток составил 27 лет (самая молодая 17 лет, самая старшая 39). Срок беременности данной группы пациенток был более 14 недель. Мы провели анализ историй болезни, и установили лекарственные средства применяющиеся с целью анестезиологического обеспечения у пациенток с артериальной гипертензией, преэклампсией, эклампсией.

Результаты и их обсуждения. Состояние артериальной гипертензии, преэклампсии, эклампсии влияет на течение беременности, родов, перинатальную заболеваемость. Изучив истории болезни пациенток с вышеперечисленными патологиями, удалось установить, что наиболее часто в анестезиологии при данных патологиях применяются следующие препараты: при эклампсии – магнезия; при артериальной гипертензии, преэклампсии – амлодипин, метопролол.

Введение беременным женщинам сульфата магния внутривенно всегда направлено на сохранение беременности и снижение риска серьезных патологий как у матери, так и ребёнка. Количество вводимого вещества рассчитывается исходя из степени тяжести состояния беременной, а также массы тела. Стандартная дозировка магнезии на 1 раз — 25%-й раствор магния в объёме 20 мл. При тяжёлом гестозе с осложнениями дозу могут увеличить до 40 мл.

Магнезия приводит к расслаблению мышц и сосудов, снижает тонус матки. Это благоприятное условие для плода, ведь при гипертонусе матки достаточно высок риск выкидыша.

Несмотря на то, что магнезия широко распространена в отделах патологии беременности и в целом безопасна, её применение имеет ряд противопоказаний. К ним относятся:

- стабильно пониженное артериальное давление у беременной;
- аллергия на активное вещество препарата;
- хронические заболевания почек;
- период обострения заболеваний пищеварительной системы;
- наличие злокачественной опухоли;
- замедленный сердечный ритм.

При артериальной гипертензии, преэклампсии используются блокаторы медленных кальциевых каналов. Основным и наиболее часто применяющимся являться амлодипин. Препарат эффективно снижает артериальное давление. Для него характерно отсутствие эмбриотоксичности и тератогенных эффектов, что позволяет принимать БКК с первого триместра беременности. Для нормализации давления на поздних сроках беременности могут назначить прием Амлодипина. Исследования доказывают высокую эффективность препарата – уже через 1-2 суток

после приема давление начинает понижаться у 9 женщин из 11. Ко дню родов давление стабилизируется в пределах нормы. Вместе с клинической эффективностью отмечается восстановление вазорегулирующей функции.

БКК свойственны недостатки:

1. Опасность резкого падения АД, что может привести к фетоплацентарной недостаточности.
2. Отеки ног, тошнота, тяжесть в эпигастрии, аллергические реакции.
3. Рефлекторная тахикардия - компенсаторная реакция организма вазодилатацию.

Одним из важнейших представителей В-адреноблокаторов применяющихся у беременных является метопролол. Данный препарат не вызывает тератогенных эффектов, постепенно начинает гипотензивное действие, снижает активность симпатической нервной системы, не вызывает ортостатической гипотензии, не влияет на объем циркулирующей крови.

Применение препарата требует тщательной оценки соотношения предполагаемой пользы для матери и риска для плода. Если прием препарата неизбежен, следует тщательно наблюдать за состоянием плода и за новорожденным в течение первых 3-5 дней после родов, поскольку снижение маточно-плацентарного кровотока может повлиять на рост плода, а поступление метопролола в кровоток плода может вызвать брадикардию, угнетение дыхания, артериальную гипотензию, гипогликемию.

Выводы: Рассмотрев все вышеперечисленные препараты, необходимо отметить основные требования к препаратам, применяющимся с целью анестезиологического обеспечения беременных с артериальной гипертензией, преэклампсией, эклампсией:

- анестетик или комбинация лекарственных средств должны обеспечивать адекватную анестезию не только на момент ввода в анестезию, но и в процессе операции;
- метод анестезии не должен оказывать депрессивного действия на плод, новорожденного и снижать сократительную активность матки;
- анестезия должна быть управляемой и обеспечивать максимально благоприятные условия для работы хирурга;
- для обезболивания родов необходим тщательный выбор лекарственных препаратов и их сочетаний с учетом состояния конкретной роженицы и плода.

Литература

1. Макаров О.В., Николаев Н.Н., Волкова Е.В. Артериальная гипертензия у беременных. Только ли гестоз/ О.В. Макаров// Москва «ГЭОТАР Медиа». – 2006.
2. Верткин А.Л., Мурашко Л.Е., Ткачёва О.Н., Тумбаев И.В. Артериальная гипертензия беременных: механизмы формирования, профилактика, подходы к лечению/А.Л.Верткин // Российский кардиологический журнал. - № 6. – 2003.
3. Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М. Акушерство: национальное руководство. М.: Геотар,2007.
4. Сидорова, И.С. Гестоз и материнская смертность/ И.С. Сидорова, О.В. Зайратьянц, Н.А. Никитина// Акуш. Гинеко. – 2008. - № 2.