

## **СПИНАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТОЗОМ**

*Мамась А.Н.<sup>1</sup> Винников А.В.<sup>2</sup>*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»<sup>1</sup>*

*УЗ «Витебская городская клиническая больница  
скорой медицинской помощи»<sup>2</sup>*

Оперативное родоразрешение при тяжелых формах гестоза в настоящее время признано фактором снижения материнской и перинатальной смертности [1, 3, 4]. В тоже время не решенной остается проблема выбора метода анестезии, а рекомендации различных авторов достаточно противоречивы [1, 4, 5]. Одной из важнейших задач анестезиологического пособия является обеспечение

гемодинамической стабильности во время оперативного родоразрешения. Использование у данной категории больных регионарной анестезии, обеспечивающей надежную антиноцицептивную защиту, представляет определенные трудности для анестезиолога, поскольку даже у абсолютно здоровых людей применение нейроаксиальных методов может сопровождаться достаточно глубокой и упорной гипотонией [2, 5]. Вместе с тем, акушерская ситуация может потребовать срочного оперативного родоразрешения, а стандартные протоколы регидратации не могут быть выполнены из-за патофизиологических особенностей гестоза. В этом случае решающее значение имеет адекватность предоперационной подготовки.

Целью нашей работы являлось исследовать возможность проведения предоперационной подготовки к оперативному родоразрешению беременных с гестозом средней и тяжелой степени тяжести с использованием инъекционной формы оригинального препарата короткого действия нифедипин (Адалат) фирмы Байер АГ, Германия.

**Материалы и методы.** Нами обследованы 13 рожениц, которые были родоразрешены оперативным путем по поводу гестоза средней и тяжелой степени тяжести. Все беременные оперировались по срочным показаниям в первые сутки после поступления в роддом. В срок до 6 часов от момента поступления родоразрешены 3 роженицы, от 6 до 12 часов – 6 женщин и от 12 до 24 часов – 4

У всех рожениц мониторировались следующие параметры: минутный объем крови (МОК), ударный объем УО), общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС), частота сердечных сокращений (ЧСС), систолическое (АДс), диастолическое (АДд) и среднее (АДср) артериальное давление, сатурация артериальной крови (SaO<sub>2</sub>).

В предоперационном периоде проводилась инфузионная терапия объемом и качественный состав которой зависел от ОЦК, наличия диспротеинемии, показателей коагулограммы и биохимического состава плазмы крови. В качестве гипотензивного препарата у всех пациенток использовался нифедипин (Адалат) в виде пролонгированной внутривенной инфузии с помощью шприцевого дозатора. Стартовая скорость инфузии составляла 0,2 – 0,6 мг/час (2 - 6 мл препарата в стандартном разведении 5 мг на 50 мл растворителя согласно инструкции производителя). При наличии признаков судорожной готовности к проводимой терапии добавлялось титрование сульфата магния, выраженная тахикардия корректировалась β-блокаторами. По достижении относительной гемодинамической стабильности (снижение уровня гипертензии, урежения ЧСС, достижения адекватного почасового диуреза) женщины родоразрешались оперативным путем.

Состояние плода оценивалось с помощью кардиотокометрии в динамике, оценка новорожденных проводилась по шкале Апгар

**Результаты и обсуждение.** У всех пациенток методом анестезии была избрана спинальная анестезия. Регидратация в операционной не проводилась, вазопрессоры профилактически не вводились. Пункция субарахноидального пространства выполнялись иглами G 25-27 на уровне L<sub>1</sub> – L<sub>2</sub> в положении сидя или лежа на боку. Для достижения блока использовался изобарический 0,5% раствор бупивакаина 15±2 мг. Для исключения синдрома порто-кавальной компрессии все роженицы до окончания пренатального периода находились в положении леворотации 15°

Время операции составляло от 48 до 72 минут, пренатальный этап – от 4,5 мин до 8 минут. Общий объем кровопотери составлял от 600 до 1100 мл. Через 5 – 10 мин после извлечения плода ЧСС пациенток урежалось, а АДср оставалось достаточно стабильным на протяжении всей операции. Частота дыхания также оставалась достаточно стабильной, однако до извлечения плода большинство рожениц отмечали умеренный дискомфорт при дыхании, хотя сатурация крови оставалась на достаточном уровне (97 – 99%).

Седация пациенток не проводилась, интраоперационное введение вазопрессоров не потребовалось ни в одном случае. Через 7 – 10 мин после наступления спинального блока у пациенток наблюдалось снижение артериального давления на 25 – 30% от исходного уровня, но ни в одном случае не достигало критического уровня, требовавшего экстренного вмешательства. Относительную гипотонию корректировали объемом и/или качеством инфузионной терапии. С этой целью в операционной использовались кристаллоиды и препараты ГЭК, по показаниям вводилась СЗП и альбумин.

Все дети родились живыми с оценкой по шкале Апгар 5–8 баллов, ни у одного из новорожденных не наблюдалось признаков медикаментозной депрессии, а тяжесть состояния была обусловлена синдромом задержки развития плода и сроком гестации.

**Заключение.** Проведенное нами исследование показало, что включение в предоперационную подготовку у беременных с тяжелыми формами гестоза препарата короткого действия нифедипин (Адалат) в виде продленной внутривенной инфузии позволяет управляемо проводить гипотензивную терапию, что в сочетании с продуманной программой инфузионной терапии обеспечивает достаточную волевическую и гемодинамическую стабильность во время оперативного родоразрешения в условиях спинальной анестезии.

Таким образом, инъекционная форма нифедипина (Адалат) может использоваться в качестве гипотензивного компонента в предоперационной подготовке беременных с тяжелыми формами гестоза.

Литература:

1. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике / Э.К. Айламазян – СПб, 1993
2. Зильбер А.П., Шифман Е.М. Акушерство глазами анестезиолога / А.П. Зильбер, Е.М. Шифман –Петрозаводск, 1997
3. Анестезия и реанимация в акушерстве и гинекологии / В.И. Кулаков [и др.]. – Москва, 2000
4. Сидорова, И.С. Поздний гестоз / И.С. Сидорова – Москва, 1996.
5. Шифман, Е.М. Преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром / Е.М. Шифман. – Петрозаводск, 2003