

угнетающие функцию тромбоцитов, в том числе ацетилсалициловая кислота, нестероидные противовоспалительные средства, ацетаминофен, пенициллины, цефалоспорины, нитраты, нитропруссид натрия, могут потенцировать гипокоагуляцию, в то время как дигоксин, никотин, тетрациклин, антигистаминные препараты снижают эффективность терапии гепарином. Появились сообщения об успешном клиническом применении криосупернатантной фракции донорской плазмы (КСНП) или криопреципитата при заболеваниях, протекающих с гиперагрегацией тромбоцитов и тромбоцитопенической пурпуре, микроангиопатической гемолитической анемии, гемолитикоуремическом синдроме [4]. Эффективность КСНП превышает эффективность применения свежезамороженной плазмы [7]. Супернатантная фракция плазмы представляет собой препарат с полным набором физиологических антикоагулянтов и компонентов фибринолитической системы, но со сниженной, по сравнению со свежезамороженной плазмой, общей коагуляционной активностью, значительным снижением количества фибриногена, фактора VIII, фактора Виллебранда [5].

Выводы

Общепринятого алгоритма в диагностике ДВС-синдрома сегодня не существует. В качестве критериев используются тромбоцитопения, удлинение протромбинового времени и повышение продуктов деградации фибрина. Использование концентрата антитромбина III в качестве заместительной терапии при остром ДВС-синдроме способствует стабилизации антикоагулянтной активности и уменьшению тромбинемии, что благоприятно влияет на клинический результат. Возможность определения функционального состояния свертывающей и антисвертывающей систем позволит оптимально подобрать методы коррекции в ходе интенсивной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Выраженный дефицит антитромбина III на фоне синдрома системного воспалительного ответа как предиктор ДВС-синдрома / Е. Л. Непорада [и др.] // Экология человека. — 2009. — № 3. — С. 60–64.
2. Воробьева, Н. А. ДВС-синдром в реальной клинической практике / Н. А. Воробьева // Арх. Сев. гос. мед. вн. — 2015. — Т. 1. — С. 232.
3. Antithrombin III in disseminated intravascular coagulation / G. Y. Kim [et al.] / Korean J. Lab. Med. — 2007. — Vol. 27(3). — P. 157–161.
4. Akkawat, B. Protein S deficiency is common in a healthy Thai population / B. Akkawat, P. Rojnuckarin // J. Med. Assoc. Thai. — 2005 — Vol. 88. — P. 249–254.
5. Place of antithrombin III concentrate in the intensive care of disseminated intravascular coagulation / N. Vorob'eva [et al.] // Anesteziologija i Reanimatologija. — 2007. — Vol. 2. — P. 42–45.
6. Воробьева, Н. А. Роль антитромбина в диагностике и интенсивной терапии острого ДВС-синдрома / Н. А. Воробьева // Атеротромбоз. — 2017. — Т. 1. — С. 53–69.
7. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания при инфаркте миокарда / К. Ш. Зыятдинов [и др.] // Вестник современной клинической медицины. — 2014. — Т. 7(5). — С. 34–39.

УДК 616.74-009.125-007.17-089.5-089.888.61

ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТКИ С ДИСТРОФИЧЕСКОЙ МИОТОНИЕЙ РОССОЛИМО — ШТЕЙНЕРТА — КУРШМАНА ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Козлова Ю. Н.

Научный руководитель: ассистент Э. З. Дундаров

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Дистрофическая миотония (ДМ) Россолимо — Штейнерта — Куршмана — это мультисистемное наследственное нервно-мышечное заболевание, которое наряду с поражением скелетной мускулатуры проявляется нарушением функции и структуры различных орга-

нов и систем: сердца, глаз, головного мозга, органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, матки, щитовидной железы и др. [1, 2]. Анестезиологическое обеспечение у пациентов с ДМ может быть вызовом даже для опытного анестезиолога. Осложнения не пропорциональны тяжести заболевания; они могут возникать у пациентов с нетяжелой формой данной патологии. В медицинской литературе имеется множество сообщений, в которых описаны следующие осложнения общей анестезии: медикаментозно-индуцированная респираторная депрессия; внезапная смерть, обычно связанная с нарушениями в проводящей системе сердца и аритмией [3, 4]. В свете данных осложнений необходимо учитывать возможность использовать регионарную анестезию в качестве альтернативного метода анестезиологического пособия. В клинической практике важно отличать миотоническую дистрофию от миастении, патогенез и возможные осложнения которых в корне различны.

Цель

Рассмотреть опыт успешно проведенного анестезиологического обеспечения оперативного родоразрешения у пациентки с ДМ.

Материал и методы исследования

Проведен анализ истории болезни пациентки в возрасте 36 лет, поступившей в Гомельский областной родильный дом на сроке беременности 38 недель с сопутствующим заболеванием ДМ Россолимо — Штейнерта — Куршмана для родоразрешения путем кесарева сечения. После прибытия в операционную и установки ПВК начата преинфузия подогретого 500 мл 0,9 % р-ра NaCl, налажена инсуффляция увлажненного O₂ через носовые канюли (6 л/мин), налажен мониторинг витальных функций (SpO₂, ЧСС, неинвазивное АД, 5-канальная ЭКГ, t тела). Были установлены артериальная линия, ЦВК для забора проб крови и измерения инвазивного АД и ЦВД. Была выполнена спинальная анестезия по стандартной методике (в положении сидя, иглой 27G, на уровне L4-L5 средним доступом). После верификации положения иглы (истечение ликвора) был введен р-р гипербарического бупивакаина 12,5 мг и р-р морфина гидрохлорида 100 мкг. После размещения на операционном столе сразу же начата инфузия подогретого раствора 0,9 % NaCl и согревание верхних и нижних конечностей пациентки термофенами. Общий объем инфузии 0,9 % р-ра NaCl составил 1700 мл. Совместно с р-ром NaCl с целью коррекции гемостаза вводился р-р глюконата кальция 20 мл, а также транексам 1 г и окситоцин 30 МЕ. Кровопотеря в ходе операции составила 600 мл. Осложнений у матери и плода не возникло. В послеоперационном периоде пациентка наблюдалась в отделении интенсивной терапии, проводился мониторинг витальных функций, продолжалась инфузия 0,9 % р-ра NaCl с р-ром глюконата кальция, а также согревание пациентки.

Результаты исследования и их обсуждение

Миотонический криз (замедленное расслабление мышц после активного их сокращения), иногда с развитием рабдомиолиза, у пациентов с ДМ могут вызывать не только миорелаксанты или ингаляционные анестетики, но и растворы, содержащие калий (Рингер, Рингер-лактат, Три соль, Ацесоль), а также снижение температуры тела пациента или окружающего воздуха.

Выводы

Описанный клинический случай успешного оперативного родоразрешения показал, что регионарные методики при отсутствии абсолютных противопоказаний являются методом выбора при ДМ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Козулина, Е. А. Поражение сердечно-сосудистой системы у больных дистрофической миотонией / Е. А. Козулина, Н. А. Шнайдер, В. А. Шульман // Неврологический журнал. — 2009. — № 1. — С. 25–29.
2. Шнайдер, Р. А. Миотония: рук-во для врачей / Р. А. Шнайдер. — М.: МБН, 2006. — С. 12–22.
3. Payne, B. Practical recommendation for surgery and anesthesia in myotonic dystrophy and Recommendations for surgery and anesthesia (previous version) / B. Payne, T. Ashizawa // MyotonicDystrophy Foundation. — 2006.
4. Postoperative continuous epidural infusion of morphine in a patient with myotonic dystrophy / T. Takeda [et al.] // Masui — Japanese J of Anesth. — 1996. — № 45(11). — P. 1384–1387.