

УДК 616-089.5-032:611.829:618.5 – 089.888.61

СПИНАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТОЗОМ

Алексеева Л. А.

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»,
г.Гомель, Республика Беларусь

Спинальная анестезия в последнее десятилетие стала стандартным методом анестезиологического пособия при кесаревом сечении. Это вызвано ее относительной безопасностью, быстротой и простотой выполнения, отсутствием влияния на плод. В некоторых клиниках процент спинальной анестезии при кесаревом сечении достигает 90 %. Но, до недавнего времени к использованию этого метода у беременных с гестозом относились достаточно сдержанно. Это связано с волевыми изменениями при гестозе, риском снижения перфузии и доставки кислорода к тканям, ухудшения состояния плода. Однако в ряде исследований было показано, что гемодинамические изменения одинаковы и не опасны, как при эпидуральной, так и при спинальной анестезии [1]. После чего этот метод начал широко использоваться у данной категории пациенток при отсутствии противопоказаний и наличии условий для его проведения.

Целью настоящего исследования явилось изучение показателей гомеостаза при оперативном родоразрешении беременных с гестозом при спинальной анестезии.

Материалы и методы исследования

Проведено анестезиологическое обеспечение у 45 беременных женщин со сроками гестации 36–39 недель в возрасте от 23 до 37 лет, родоразрешение которых проводилось путем операции кесарево сечение. 1-ю группу (контрольную) составили 23 женщины с нормально протекающей беременностью. Во 2-ю вошли 22 беременные женщины с гестозом средней и тяжелой степени (по шкале Гоеске в модификации Г. М. Савельевой). Операция в обеих группах была проведена под спинальной анестезией. Показаниями к операции в первой группе были тазовое предлежание плода, оперированная матка, рубцовые изменения шейки матки. Во 2-ю группу показанием к оперативному родоразрешению была неэффективность интенсивной терапии гестоза и неготовность родовых путей. По возрасту и срокам гестации группы между собой практически не отличались.

Премедикация включала в себя введение реланиума 0,5 %-ного — 2 мл в/м за 30–40 мин. до операции, атропина 0,1 %-ного — 0,5 мл в/в на операционном столе. Пациенткам 2-й группы в предоперационном периоде проводилась гипотензивная, магнезиальная, седативная и инфузионная терапия.

Спинномозговая пункция проводилась иглами типа Quincke калибром 25G на уровне L2-L3 и L3-L4 в положении сидя. Для достижения спинального блока использовался MarcainSpinal 0,5 %-ный Heavy, который вводили в дозе 11–14 мг. При проведении кесарева сечения под спинальной анестезией наступал сенсорный блок на уровне Th6-Th7 и двигательный блок до степени III по шкале Bromage. Коррекцию брадикардии проводили введением атропина 0,1 % в дозе 0,3–0,7 мл. Снижение артериального давления корригировали увеличением инфузии, введением мезатона в дозе 0,5–1 мкг/кг.

Гемодинамические изменения оценивали по артериальному давлению (АД), среднему артериальному давлению (АДср), частоте сердечных сокращений (ЧСС), пульсоксиметрии, ЭКГ-мониторингу. Параметры регистрировали на четырех этапах операции и анестезии: исходные показатели — 1-й; на момент вскрытия брюшной полости — 2-й, на момент извлечения плода — 3-й, после ушивания передней брюшной стенки — 4-й; фиксировали также величину максимального снижения АД и ЧСС. Метаболизм оцени-

вали по биохимическим показателям перед операцией и в течение первого часа послеоперационного периода. Статистическую обработку проводили с использованием пакета программ «Statistica» 6.0. методом вариационной статистики.

Результаты и их обсуждение

Исходные гемодинамические показатели (АДср, ЧСС) во II группе были повышены по отношению к I-й группе ($p < 0,05$) и составили АДср $131,2 \pm 4,7$ и ЧСС $118,5 \pm 7,2$. Минимальные значения артериального давления и ЧСС отмечались в начале операции: в I группе АДср — $85,8 \pm 4,1$ мм рт. ст., ЧСС — $75,3 \pm 5,1$ уд./мин; во II — АДср — $106,6 \pm 3,7$ ($p < 0,05$) и урежение ЧСС до $93,2 \pm 2,6$ ($p < 0,05$). Введение мезатона в I группе для коррекции гипотензии потребовалось у 12 (52,1 %) пациенток, дополнительное применение атропина при брадикардии было необходимо в 8 (34 %) случаях. Во 2-й группе введение катехоламинов не потребовалось, коррекция гипотензии достигалась увеличением скорости инфузии, в качестве инфузионной среды использовался раствор Рингера с добавлением 40 % глюкозы. В дальнейшем на 3-м этапе в исследуемой группе отмечалась некоторое повышение гемодинамических показателей: АДср — $116 \pm 3,4$ мм рт. ст. и ЧСС — $101,5 \pm 2,8$ уд./мин ($p < 0,05$), которые оставались стабильными до конца операции.

В послеоперационном периоде в исследуемой группе отмечалось некоторое снижение уровня глюкозы до $5,7 \pm 0,04$ ммоль/л ($p < 0,05$). Уровень лактата во II группе до операции был повышен по отношению к I группе и составил $1,71 \pm 0,19$ ммоль/л ($p < 0,01$). В послеоперационном периоде уровень лактата в исследуемой группе оставался повышенным по сравнению с контрольной ($p < 0,05$), но снизился по сравнению с исходными показателями и составил $1,46 \pm 0,13$ ммоль/л ($p < 0,05$). Показатели кислотно-основного были компенсированными в обеих группах.

Заключение

Проведение кесарева сечения под спинальной анестезией у беременных с гестозом не сопровождается критическими изменениями гемодинамики. Периферическая вазодилатация, возникающая при этом методе способствует улучшению оксигенации тканей и клеточного метаболизма женщины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шифман, Е. М. Спинальная анестезия в акушерстве / Е. М. Шифман, Г. В. Филиппович. — Петрозаводск: ИнтелТек, 2005. — 588 с.

УДК 616.37-072.5

МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРОВЕДЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПУНКЦИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОД СОНОГРАФИЧЕСКИМ КОНТРОЛЕМ

Аникеев О. И., Юрковский А. М.

Учреждение здравоохранения

«Гомельский областной клинический онкологический диспансер»

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Как и во многих других странах, в Беларуси отмечено увеличение числа новых случаев рака поджелудочной железы (ПЖ) (грубые интенсивные показатели с 1970 г. выросли с 3,50/0000 до 7,90/0000 в 2004 г.) [1]. Данный факт подчеркивает возможность своевременной диагностики и морфологической верификации различных вариантов