

Качество сна, в том числе характер, продолжительность и интервалы храпа были изучены с помощью ночной пульсоксиметрии, после которой можно сказать о том, что во время сна у 9 (25 %) беременных женщин отмечалась остановка дыхания на 4–6 с, что свидетельствует о возникновении обструктивного апноэ. Из 25 % пациенток у 3 (8 %) развилась острая дыхательная недостаточность, которая в последующем может привести к неблагоприятным последствиям.

Только у 2 (6 %) пациенток никаких отклонений от нормы не выявлено.

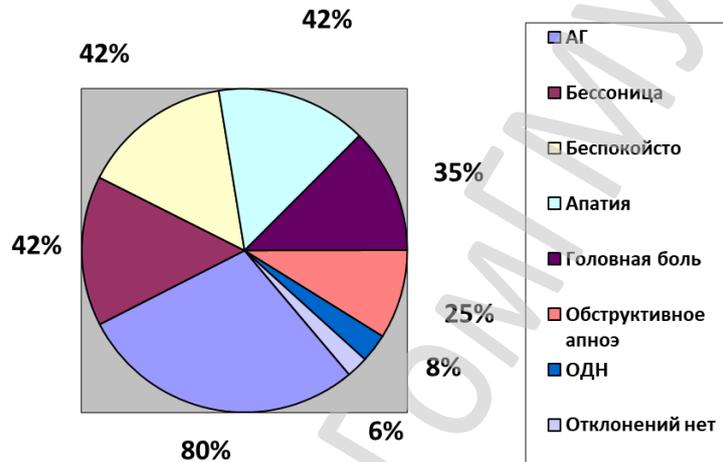


Рисунок 1 — Храп как фактор риска возникновения различных заболеваний

Выводы

Храп — один из главных симптомов возникновения различных заболеваний, в том числе, которые неблагоприятно влияют на качество жизни беременной женщины, и может привести к патологии беременности. Поэтому стоит своевременно диагностировать у беременных женщин возникновение храпа и влияние его на качество сна.

ЛИТЕРАТУРА

1. Радзинский, В. Е. Акушерство: учеб. пособие / В. Е. Радзинский, А. М. Фукс. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 1040 с.
2. Барановская, Е. И. Гипертензия у беременных и преэклампсия / Е. И. Барановская // Медицинские новости. — 2017. — № 6 (273). — С. 4–7.
3. Вейна, А. М. Сомнология и медицина сна. Национальное руководство памяти / А. М. Вейна, Я. И. Левина / ред. М. Г. Полуэктов. — М.: Медфорум, 2016. — 664 с.

УДК 618.1-089:616.12-008.331.1

ОПТИМИЗАЦИЯ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Голубова Д. А., Мельников А. А., Недосейкина М. С., Карамышев А. М.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Основным направлением лечения преэклампсии (ПЭ) является влияние на патогенетические механизмы, а также решение вопроса о целесообразности дальнейшего пролонгирования беременности, а также направлено на обеспечение стабильной гемодинамики и является этапом предоперационной подготовки, при которой следует учитывать разносторонний характер нарушений гомеостаза [1, 2].

Цель

Изучить особенности течения периперационного периода у пациенток с тяжелой ПЭ и оптимизировать алгоритм наблюдения и ведения в периперационном периоде.

Материал и методы исследования

Исследование проведено на базе родового отделения учреждения «Гомельская областная клиническая больница». Обследовано 33 беременных с тяжелой ПЭ в возрасте от 22 до 43 лет. Всем беременным были проведены общее клиническое обследование и специальный акушерский осмотр, выполнен перечень лабораторных исследований согласно клиническим протоколам Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

У всех женщин изучены следующие критерии: масса тела, рост, систолическое (САД) и диастолическое артериальное давление (ДАД), частота сердечных сокращений (ЧСС). Остальные показатели гемодинамики были рассчитаны на основании математических формул по стандартным формулам [3]: среднее артериальное давления (срАД) и пульсовое давление (ПД), ударный объем (УО), минутный объем сердца (МОС), сердечный индекс (СИ), общее периферическое сопротивление сосудов (ОПСС). У всех беременных оценка показателей гемодинамики проведена при поступлении пациентки, дальнейшая оценка параметров проводилась каждые два часа до родоразрешения.

Все пациентки были родоразрешены путем операции кесарево сечение. За исключением одной беременной, при оперативном родоразрешении применяли спинальную анестезию, которая проводилась в положении сидя после катетеризации периферической вены и подключения мониторинга по стандартной методике. Периперационные показатели гемодинамики (срАД, ЧСС) измеряли на 7 этапах операции: при поступлении в операционную (1), после анестезии (2), разрез кожи (3), извлечение плода (4), травматическая часть операции (5), окончание операции (6), через час после поступления в отделение реанимации (7). Оценена потребность в вазоактивных лекарственных средствах в группах сравнения.

Статистическую обработку данных выполняли с помощью пакета программ MedCalc 10.2.0.0 («MariaKerke», Бельгия) и «Statistica» 6.0 («Stat Soft», США). Различия считали статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Все беременные с тяжелой ПЭ были госпитализированы в отделение реанимации и интенсивной терапии, где находились до родоразрешения. У одной пациентки на фоне тяжелой ПЭ произошла преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, что потребовало экстренного оперативного родоразрешения.

На основании анализа проведенного лечения выделены две схемы, что позволило разделить обследуемых на две группы для оценки эффективности антигипертензивной терапии и предоперационной подготовки. В состав первой группы вошли 16 беременных, которым лечение проведено по схеме, включавшей транквилизатор диазепам, метилдопа, сернокислую магнезию. Вторая группа состояла из 16 пациенток, которым к вышеперечисленным лекарственным средствам добавлен β 1-адреноблокатор метопролол. В одинаковом проценте случаев в обеих группах был применен клонидин.

Исходные гемодинамические показатели при поступлении в отделение реанимации и интенсивной терапии у беременных вне зависимости от выбранной схемы были сопоставимы. На фоне проводимой терапии показатели гемодинамики в группе без применения метопролола изменялись незначительно. Значимым было снижение ДАД до 90 (85; 95) мм рт. ст. по сравнению с 100 (90; 104) мм рт. ст. при поступлении ($T = 24$, $p = 0,041$). Также происходило еще большее снижение СИ с 1307 (1078; 1708) мл/мин/м² до 1059 (925; 1309) мл/мин/м² через 2 ч от начала лечения ($T = 14$, $p = 0,04$).

При применении метопролола достигнуты значимые изменения гемодинамических параметров в сторону компенсации показателей и стабилизации состояния пациенток (таблица 1).

Таблица 1 — Гемодинамические показатели беременных второй группы до начала лечения и после использования схемы терапии, включавшей метопролол, Ме (25; 75)

Параметр	До начала лечения	Через 2 ч от начала терапии	Уровень статистической значимости
САД, мм рт. ст.	165 (156; 172)	148 (140; 153)	T = 3, p < 0,0001
ДАД, мм рт. ст.	105 (97; 110)	89 (82; 97)	T = 4, p < 0,0001
срАД, мм рт. ст.	120 (117; 130)	107 (101; 116)	T = 17, p = 0,003
ПД, мм рт. ст.	60 (50; 74)	60 (54; 63)	T = 31, p = 0,1
ЧСС, уд/мин	74 (69; 92)	73 (56; 77)	T = 75, p = 0,9
УО, мл	25 (19; 31)	32 (29; 35)	T = 2, p < 0,0001
МОС, мл/мин	1976 (1497; 2432)	2176 (1949; 2628)	T = 46, p = 0,1
СИ, мл/мин/м ²	1092 (897; 1285)	1277 (861; 1470)	T = 46, p = 0,1
ОПСС, дин×см ⁻⁵ ×с ⁻¹	4570 (4162; 6399)	3886 (3166; 4884)	T = 37, p = 0,06

После предоперационной подготовки всем пациенткам была проведена операция кесарево сечение под спинальной анестезией. Интраоперационные показатели гемодинамики (срАД, ЧСС) на семи этапах операции представлены в таблице 2. Все изменения показателей гемодинамики не превышали 20 % от исходных, что соответствует физиологическим изменениям при спинальной анестезии. В течение всего периоперационного периода у пациенток с ПЭ выявлено отсутствие потребности в вазоактивных лекарственных средств (фенилэфрина).

Таблица 2 — Динамика изменений срАД и ЧСС на различных этапах анестезиологического пособия, Ме (25; 75)

Этап операции	Показатели	
	срАД, мм рт. ст.	ЧСС, уд/мин
1	107 (103; 142)	90 (86; 96)*
2	106 (100; 113)*	87 (81; 94)*
3	101 (93; 107)*	90 (83; 94)
4	95 (90; 105)*	87 (79; 95)*
5	94 (90; 99)	82 (75; 88)*
6	96 (91; 97)*	80 (73; 85)
7	101 (95; 105)*	79 (69; 86)

Примечание: * — статистически значимые различия (критерий Вилкоксона, p < 0,05).

Оперативное родоразрешение беременных с тяжелой ПЭ сопряжено с высокой интраоперационной кровопотерей, которая была обратно пропорциональна уровню фибриногена в сыворотке крови перед родами ($r_s = -0,35$, p = 0,044). Интраоперационная кровопотеря и развившаяся гипотония матки являлись причинами расширения объема операции с целью выполнения компрессионно-гемостатических швов и деваскуляризации матки, примененной для остановки кровотечения у 10 (30 %; 16–49) женщин с тяжелой ПЭ.

Спинальная анестезия вследствие симпатического блока в течение первых суток послеоперационного периода обеспечивала нормальные показатели гемодинамики у большинства пациенток (88 %; N = 32) с тяжелой ПЭ. Начиная со вторых суток, зафиксировано возвращение гемодинамических показателей к дооперационным значениям, которые сохранялись на протяжении первых пяти суток. С шестых суток послеоперационного послеродового периода снижалась потребность в антигипертензивных лекарственных средствах и суточные дозы лекарственных средств.

Выводы

Особенностью гемодинамики у беременных с тяжелой ПЭ является доминирование гипокинетического типа со значительным уменьшением УО и СИ. Ком-

плексная антигипертензивная терапия с использованием кардиоселективного β 1-адреноблокатора приводит к улучшению и стабилизации гемодинамических показателей, что является необходимым компонентом предоперационной подготовки.

При решении вопроса об оперативном родоразрешении пациенток с тяжелой ПЭ следует отдать предпочтение спинальной анестезии, которая не оказывает существенного влияния на состояние гемодинамики. При этом следует учитывать отсутствие потребности пациенток с тяжелой ПЭ в назначении вазоактивных лекарственных средств, вероятность более высокой интраоперационной кровопотери и использования оперативных органосохраняющих методов остановки кровотечения.

На основании полученных результатов для снижения осложнений со стороны матери и плода разработан и внедрен в клиническую практику алгоритм периперационного ведения пациенток с тяжелой ПЭ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy / L. A. Magee [et al.] // *Pregnancy Hypertension: An International Journal of Women's Cardiovascular Health*. — 2014. — Vol. 4. — P. 105–145.
2. *Easterling, T. R.* Pharmacological management of hypertension in pregnancy / T. R. Easterling // *Semin. Perinatol.* — 2014. — Vol. 38 (8). — P. 487–495.
3. *Зильбер, А. П.* Этюды критической медицины: в 9 т. / А. П. Зильбер, Е. М. Шифман. — Петрозаводск: Издательство ПГУ, 1997. — Т. 3: Акушерство глазами анестезиолога. — 397 с.

УДК 618.177-089.888.11

ВЛИЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ НА ИСХОДЫ ПРОГРАММ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Грицева Е. С.

Научный руководитель: ассистент С. В. Жуковская

**Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

Эндометриоз — дисгормональное иммунозависимое и генетически детерминированное заболевание, при котором за пределами полости матки происходит доброкачественное разрастание ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию [1]. На сегодняшний день эндометриоз рассматривается как одно из наиболее распространенных заболеваний, которое приводит к развитию бесплодия. Бессимптомное течение заболевания часто является причиной поздней диагностики и развития эндометриоз-ассоциированного бесплодия. Хирургическое удаление эндометриоидных кист яичников остается ведущим методом лечения данной патологии, однако способно существенно снизить овариальный резерв, тем самым оказав неблагоприятное влияние на результативность программ экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) [2].

Цель

Оценить влияние хирургического вмешательства по поводу эндометриоидных кист яичника размером 4 см в диаметре на результативность программ ЭКО.

Материал и методы исследования

В ходе исследования на базе МЧУП «Центр репродуктивной медицины» (Минск, Беларусь) был произведен ретроспективный анализ медицинской документации за 2016–2019 гг. В выборку включены 179 женщин с бесплодием, причиной которого стал эндометриоз. Из общей выборки выделены 2 исследуемые группы: группа 1 (n = 88) — женщины с эндометриоидными кистами яич-