

АНЕСТЕЗИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ



Шифман Ефим Муневич

Профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, заслуженный врач Республики Карелия, президент Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов (Москва), доктор медицинских наук

В Казани прошел тридцать пятый всероссийский образовательный форум «Теория и практика анестезии и интенсивной терапии в акушерстве и гинекологии». Был озвучен широкий круг вопросов – от интенсивной терапии тяжелой преэклампсии и факторов риска массивной кровопотери до обезболивания родов. Главная цель Форума – повышение квалификации специалистов здравоохранения, а также решение междисциплинарных вопросов, затрагивающих снижение перинатальной и материнской смертности. О том, что сегодня делается в сфере акушерства и гинекологии, рассказал президент Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов, заслуженный врач Республики Карелия, профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского Шифман Ефим Муневич.

— Расскажите, пожалуйста, о факторах риска массивной кровопотери в акушерстве.

— Летальность при массивном кровотечении достигает 25%. Журнал International Journal of Obstetric Anesthesia 2007 года, а также ВОЗ и Британский комитет по стандартам в гематологии выделяют самые разные определения кровотечения в акушерстве. Сейчас они утверждены согласно Федеральному закону №323 и присутствуют на сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации. Для определения этиологии кровотечения существует так называемая схема

«4Т»: «тонус» – снижение тонуса матки; «ткань» – наличие остатков плаценты в матке; «травма» – разрывы мягких родовых путей и матки; «тромбы» – нарушение гемостаза.

Недопустимо использование дезагрегантов, средств, воздействующих на тромбоциты, изменяющих их активность. Любое воздействие на активацию тромбоцитов уже приводит к тому, что вероятность кровотечения увеличивается. Дезагреганты используются для профилактики артериальных, а не венозных тромбозов, поэтому они пользуются широкой популярностью у кардиореаниматологов, хирургов, кардиологов и неврологов. Также с осторожностью надо применять препарат «Магний В₀»: в клинических протоколах наблюдения беременных он отсутствует.

Значительную роль в массивных кровотечениях играет возраст, т.к. увеличивается количество генитальных патологий. Следующие причины кровопотери: ожирение, кесарево сечение, предлежание плаценты. Акушеры и анестезиологи, обсуждая факторы риска, задались вопросом: можно ли предсказать атонию матки? Ответ отрицательный, так как гипотоническое кровотечение может начаться, когда врач этого не ждет. Самое главное – понимать факторы риска и быть готовым оказать неотложную помощь.

Поскольку послеродовое кровотечение является лидирующей причиной материнской смертности в разных странах, большинство этих смертей происходит во внегоспитальных стенах. К счастью, проблема отступает. Можем ли мы оценить риск и причину послеродовых кровопотерь? На первый взгляд, ответ положительный. Но риск существует, когда имеется причина. Должна быть заготовка плазмы, подготовка к началу операции в условиях аппаратной реинфузии.

По нашим наблюдениям, первый, кто замечает кровотечение, это операционная сестра. Важную роль играет технология селсэйвер, ведь она предназначена для сбора крови пациента во время операции, ее очищения и возвращения в кровяное русло, что обеспечивает выполнение операций без применения донорской крови или сводит к минимуму ее использование, а это в свою очередь уменьшает число осложнений, связанных с переливанием донорской крови. В приемном отделении должно быть готово все, чтобы принять больных: два катетера большого диаметра, жидкость для согревания всех растворов, это решение проблемы кровопотери.

А может ли центральное венозное давление предсказать потребность в жидкости? Ответ однозначный: нет. ЦВД не предиктор инфузионной терапии, поэтому измерение давления не отражает, насколько необходима инфузионная терапия. Мы с коллегами решили повторить эти исследования и посмотреть, в какой степени процент увеличения ударного объема, по данным эхокардиографии, корригирует ЦВД. В итоге ударный объем не увеличился.

В европейском журнале «Анестезиология» утверждалось, что не следует применять венозный катетер для выбора инфузионной терапии, так как риск осложнений высок. Беременная женщина с поднятой диафрагмой, увеличенной нижней апертурой, измененной анатомией верха легких, а также с высоким уровнем прогестерона предрасположена к чрезмер-

ной растяжимости сосудов, поэтому у таких пациенток случается непредвиденная пункция артерий вместо вен, и чаще всего катетер мигрирует в плевральную полость – развиваются гидроторекс и гематорекс.

В рекомендациях Европейской ассоциации акушеров-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов утверждается, что ЦВД не является предиктором, пункция подключичной и яремной вены уместна только в случаях, когда технически невозможно катетеризировать периферическую вену катетером стандартного диаметра, т.к. он в периферической вене дает скорость возмещения 18 литров.

— Как проводится анестезия у пациентки с преэклампсией?

— К счастью, тяжелая преэклампсия перестала быть синонимом операции кесарева сечения. Нередко тяжелую преэклампсию родоразрешают консервативно. В США и Европе число родов через естественные родовые пути с применением акушерских щипцов составляет 1%, а число применения вакуум-экстракции плода – 4%.

Должна ли применяться спинальная анестезия при тяжелой преэклампсии? Существует много вымыслов, один из них – это артериальная гипотония. Говорят о том, что артериальная гипотония может привести к снижению давления и возникнут судороги, однако нет ни одного рандомизированного исследования, которое бы это подтвердило. Кроме того, таким больным перед выполнением спинальной анестезии не следует делать преинфузию. В исследовании показано, что наибольшее преимущество в акушерстве имеет инфузия, сопряженная с анестезией, т.е. нагрузка жидкостью идет параллельно с развитием спинальной анестезии. Это действительно вызывает меньше случаев артериальной гипотонии у больных с преэклампсией при кесаревом сечении.

Следующий миф: нарушение коагуляции у больных с преэклампсией. Да, действительно, это и есть тромбоцитопения. При коагулопатии существует риск возникновения эпидуральной гематомы, однако нет убедительных доказательств того, что тромбоциты играют большую роль в преэклампсии. При коагулопатии действительно наблюдается увеличение частоты тромбоцитопении. Эпидуральная гематома у беременных встречается реже, изменение коагуляции при тромбоцитопении у больных с преэклампсией явление редкое, т.к. этот коагуляционный потенциал больных с тромбоцитопенией значительно повышается существующими компенсаторными действиями.

— Почему врачи-анестезиологи отодвинули на второй план общую анестезию при операции кесарева сечения?

— На сегодняшний день мы наблюдаем колоссальное снижение смертности – на 50%. ВОЗ выделяет три основные причины снижения материнской смертности. Первая – это осмотерапия, т.е. правильная магнизиальная терапия тяжелых форм преэклампсии и эклампсии; вторая – медикаментозный аборт, т.к. он минимизирует те осложнения, которые обычно влечет за собой прерывание беременности; и, наконец, тре-

тья причина – широкое применение нейроаксиальных методов анестезии при операции кесарева сечения.

И это действительно так. В клиниках, где я консультирую, в том числе в Татарстане, процент нейроаксиальных методов анестезии при операции кесарева сечения значительно высок, и частота использования анестезии при кесаревом сечении не снижается: пациентки стали рожать после тридцати и в 40 лет. Есть особая связь между возрастом матери и материнской смертностью. Частота кесарева сечения увеличивается, и процент смертности тесно связан с возрастом: у женщины преклонного возраста реакция на анестетики и утеротоники совершенно другая, нежели у молодой.

Сложность заключалась в том, что нейроаксиальные методы анестезии при кесаревом сечении стали использоваться не сразу. При нейроаксиальной анестезии пациентка не сталкивается с аспирационными осложнениями. Кроме того, не только врачи, но и больные тоже меняют свое отношение к спинальной и эпидуральной анестезии, хотя в 1985 году она вызвала страх, навеянный мифами. На заре регионарной анестезии было доказано, что при общей анестезии риск выше в 17 раз, чем при нейроаксиальных методах.

Отмечается снижение относительного риска общей анестезии по сравнению с регионарной: с 6,7% в 1990-х годах до 4,6% в 2000-х годах. Летальные случаи при общей анестезии за последние 18 лет снизились в два раза. К общей анестезии врачи стали относиться достаточно серьезно. Говоря о ней, необходимо обратить внимание на осложнения. Однако общая анестезия проводится по причине неэффективности регионарных методов обезболивания.

— Расскажите, пожалуйста, о судорогах во время беременности. С какими проблемами может столкнуться врач?

— Причиной судорог беременной может послужить эпилепсия. Необходимо помнить, что это неврологическое заболевание, бывает, развивается впервые во время беременности. Судороги не всегда являются признаком эклампсии, поэтому мне хотелось бы отметить, что в первую очередь надо созвать консилиум, потому что лечение эклампсии серьезный процесс, требующий мультидисциплинарного подхода. При эклампсии подобные приступы отсутствуют.

Препараты первой линии – это бензодиазепины, эпидуральная анальгезия в родах не является противопоказанием, напротив, прием препаратов прекращаться не должен. Нередко поступают пациентки, которые перестали принимать лекарства, считая, что те негативно воздействуют на плод. Тем не менее, если, к примеру, это индуцированные роды, женщина должна получать препараты в обычном порядке. При кесаревом сечении не отменяют прием противоэпилептических лекарств, а после операции их назначают как можно раньше. Анестезиологам-реаниматологам необходимо работать с магнитно-резонансной томографией, компьютерной томографией и электроэнцефалографией.

Екатерина Смирнова