**Букін Валерій Євгенович. Анестезіологічне забезпечення та інтенсивна терапія тяжкої прееклампсії- еклампсії : дис... д-ра мед. наук: 14.01.30 / Дніпропетровська держ. медична академія. - Д., 2006.**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Букін В.Є. Анестезіологічне забезпечення та інтенсивна терапія тяжкої прееклампсії-еклампсії. - Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.30 - анестезіологія та інтенсивна терапія. - Дніпропетровська державна медична академія, м. Дніпропетровськ, 2006.Захищається 60 наукових праць, у яких опубліковані результати досліджень впливу різних методів загального та регіонарного знеболювання та органопротезуючої інтенсивної терапії на показники системної й церебральної гемодинаміки, кисневого режиму, вмісту і розподілу рідини в організмі, інтегральні характеристики клінічного стану у перипартальному періоді у 740 роділей і породілей з тяжкою прееклампсією-еклампсією. Проведено порівняльну оцінку протоколів системної та регіонарної аналгезії пологів, загальної і регіонарної анестезії кесаревого розтину. Встановлена ушкоджуюча роль пологового та операційного стресу в фомуванні порушень церебральної гемодинаміки та розвитку пологової і післяпологової еклампсії. Обгрунтовано застосування регіонарної аналгезії/анестезії розродження у роділей із тяжкою прееклампсією, що забезпечило зменшення відносного ризику післяпологової еклампсії на 75-81%. Обгрунтовано застосування органопротезуючих технологій ізольованої та тривалої уповільненої ультрафільтрації для усунення критичних розладів кисневого режиму, церебрального кровообігу і метаболізму, вмісту і розподілу рідини в організмі у породілей із еклампсією, що забезпечило зменшення відносного ризику материнської смерті на 70%. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертації наведене теоретичне поглиблення і нове вирішення актуальної наукової проблеми – анестезіологічного забезпечення пологів та оперативного розродження і інтенсивної терапії тяжкої прееклампсії-еклампсії, що виявляється в розкритті ролі асоційованих із пологовим та операційним стресом розладів церебральної гемодинаміки та можливості їхнього усунення і попередження за допомогою покращення антиноцицептивного захисту фармакологічними засобами та методами регіонарної анестезії, а також у встановленні механізмів тканинної гіпоксії і порушень мозкового кровотоку, обумовлених розладами вмісту та розподілу рідини в організмі у породілей із еклампсією та можливості їхньої корекції за допомогою органопротезуючих технологій, що дозволило зменшити ризик пологової та післяпологової еклампсії та материнської летальності.1. Сугестивна аналгезія і аналгезія стадолом під час пологів не зменшують генералізований вазоспазм та не задовольняють високий метаболічний запит організму у роділей з тяжкою прееклампсією. При підйомах артеріального і центрального венозного тиску у другому періоді пологів в 45% роділей розвивається тимчасова втрата ауторегуляції мозкових судин та церебральна гіперперфузія з розвитком гіпертензивної енцефалопатії.
2. Аналгезія пологів субнаркотичними дозами кетаміну із клофеліном зменшує інтенсивність пологового болю нижче критичного порогу у 72% роділей із тяжкою прееклампсією та супроводжується зниженням артеріального тиску, збільшенням продуктивності кровообігу, підвищенням доставки кисню і на 50% зменшує ризик мозкової гіперперфузії.
3. Ефективний антиноцицептивний захист при застосуванні регіонарних методів аналгезії пологів нівелює гемодинамічні реакції на пологовий біль, відновлює ауторегуляцію мозкового кровообігу в 90% жінок та зменшує на 75% відносний ризик пологової та післяпологової еклампсії.
4. При гіпертензивних кризах у роділей із тяжкою прееклампсією в передопераційному періоді ніфедипін викликає надмірне підвищення церебрального кровотоку з загрозою зриву ауторегуляції мозкового кровотоку. Антигіпертензивний ефект клофеліну супроводжується позитивною перебудовою профілю церебральної перфузії. Зміни церебрального кровообігу при застосуванні лабеталолу відсутні.
5. Випереджаючий антиноцицептивний захист кетаміном і клофеліном або кетаміном і фентанілом при загальній анестезії кесаревого розтину відзначається стабільністю системної гемодинаміки під час індукції анестезії, інтубації трахеї, вилучення плода. Нейропротективність зазначених анестезіологічних технологій визначається нормалізацією церебрального кровообігу в 50% роділей із тяжкою прееклампсією.
6. Клінічні предиктори «складних дихальних шляхів» виявлються в 32,3% роділей із тяжкою прееклампсією. Реалізація предикторів у невдалу інтубацію складає 1:81. Застосування ларингеальної маски при невдалій інтубації забезпечує ефективну прохідність дихальних шляхів та умови для оксигенації та штучної вентиляції легень в 95,5% пацієнток.
7. Розвиток симпатичної блокади та вазодилятація при спінальній анестезії в 85% роділей із тяжкою прееклампсією супроводжується гострим зниженням серцевого індексу і артеріального тиску. Попереднє збільшення ОЦК за допомогою інфузії 10% розчину гідроксиетильованого крохмалю попереджає артеріальну гіпотензію в 65% пацієнток та зменшує частоту гіпотензивних інцидентів у 2,4 рази під час спінальної анестезії. Ефективність профілактичної преінфузії кристалоїдних розчинів сумнівна.
8. Додавання до локального анестетика опіоїдів при спінальній анестезії підвищує органопротективність анестезіологічного забезпечення, попереджає розвиток мозкової гіперперфузії у 92% роділей. Застосування регіонарної анестезії для кесаревого розтину на 81% зменшує відносний ризик виникнення післяпологової еклампсії.
9. Післяпологова еклампсія відзначається переважно клітинною гіпергідратацією із нерівноважним збільшенням об’ємів загальної, позаклітинної та клітинної рідини, які асоційовані із метаболічною блокадою, істотним зменшення споживання кисню при задовільному рівні його доставки. Застосування екстракорпоральних технологій керування гідробалансом приводить до нормалізації вмісту і розподілу рідини в організмі та супроводжується відновленням екстракції і споживання кисню, зменшенням концентрації лактату крові на 67%, збільшенням споживання кисню мозком в 2,2 рази.
10. Застосування модифікацій ультрафільтрації у першу добу після розвитку еклампсії призводить до стійкого зменшення неврологічного дефіциту в 85% породілей. Значне покращення параметрів оксигенації артеріальної крові, зменшення фракції шунтування крові у легенях дозволяє знизити інспіраторний тиск та фракцію кисню у вдихаємій суміші, зменшити травматичність штучної вентиляції легень.
11. Церебральна гіпоперфузія переважає в 88,6% породілей із еклампсією. Ауторегуляторний «коридор» середнього артеріального тиску обмежений рівнем від 88 до 118 мм рт.ст. Результатом комплексної терапії, яка включає застосування екстракорпоральної дегідратації є розширення межі церебральної судинної ауторегуляції до рівня від 70 до 130 мм рт.ст. Церебропротективні властивості ультрафільтрації внаслідок ізотонічної дегідратації інтерстицію і клітин сприяють зменшенню цереброваскулярного опору, внутрішньочерепної гіпертензії та відновленню адекватної церебральної перфузії і оксигенації мозку, зменшенню відносного ризику материнської смерті при еклампсії на 70%.
12. Підготовка до міжлікарняного транспортування за допомогою ультра-фільтрації необхідна в 72% породілей із тяжкою прееклампсією – еклампсією, а її своєчасне проведення зменшує ризик погіршення стану пацієнток внаслідок транспортування у 4,6 рази та скорочує тривалість наступної інтенсивної терапії у 1,5 рази.
 |

 |