

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ У ЖЕНЩИН ПРИ ПРЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

С.С.КИРЕЕВ, А.Ф.МАТВЕЕВ

*Медицинский институт, Тульский государственный университет*

**Аннотация:** представлены результаты контроля качества и удовлетворенности пациентов проводимой анестезией при искусственном прерывании беременности и выявлено наиболее оптимальное сочетание и дозировка анестетиков.

При прерывании беременности предпочтительна анестезия пропофолом и калипсолом, имеющая меньше осложнений и больший показатель удовлетворенности анестезией [4].

**Ключевые слова:** искусственное прерывание беременности, анестезиологическое пособие.

ANESTHETIC IN WOMEN WITH ABORTION

S.S.KIREEV, A.F.MATVEEV

*Medical Institute, Tula State University*

**Abstract:** the results of quality control and patient satisfaction of anesthesia during abortion and found the best mix and dosage of anesthetics. When abortion is preferred anesthetic propofol and ketamine having fewer complications and a higher rate satisfaction with anesthesia

**Key words:** abortion, anesthetic.

**Актуальность проблемы.** Анестезия в акушерстве и гинекологии имеет некоторые особенности, связанные с гормональной, гемодинамической и иммунологической перестройкой организма женщин во время беременности. На протяжении всего периода существования анестезиологии, для искусственного прерывания беременности анестезиологи пытаются внедрить все новые анестетики, анальгетики и гипнотики [1,2,3].

Появление современных лекарственных препаратов, таких как пропофол, дормикум, этоmidат и возможность сочетания их с фентанилом и кетаминном, позволяет значительно усовершенствовать методики анестезий для обезболивания операций по искусственному прерыванию беременности [5,6,7].

**Цель исследования** – выработать сочетание гипнотиков и анальгетиков при прерывании беременности с учетом удовлетворенности анестезиологическим пособием.

**Материалы и методы исследования.** Анализ особенностей течения раннего послеоперационного периода осуществлялся в исследуемых группах через 4 и 24 часа после анестезии и оперативного вмешательства.

Пациентки с прерыванием беременности были разделены на пять сходных по возрастному составу, и весу тела, групп. Использовались фиксированные дозы анестетиков:

- 1 группа – кетамин 50 мг+ реланиум 5 мг;
  - 2 группа – кетамин 50 мг+ дроперидол 1,25 мг;
  - 3 группа – пропофол 200 мг;
  - 4 группа – пропофол 200 мг+ кетамин 12.5мг;
  - 5 группа – пропофол 200 мг+ кетамин 25мг;
- Среднее время операции составило  $8 \pm 0,5$  мин.

*Таблица 1*

Группы больных с прерыванием беременности и основные результаты анестезиологического пособия

Группы больных	1 группа (n=42)	2 группа (n=25)	3 группа (n=44)	4 группа (n=28)	5 группа (n=33)
Возраст (лет)	25±2,5	26±5	28±3,4	27±4,8	29±3,5
Вес кг	62±3,6	63±6	65±3,3	66±5	67±3,6
Движения больных во время вмешательства	21(53)	9 (39)	34 (85)*	22 (85)*	4 (12)*
Пробуждение мин	3,8±0,4	2,8±0,3	3±0,4	3,3±0,4	5±0,3

Примечание (здесь и далее): в скобках – проценты; \* –  $p < 0,05$  по сравнению с первой группой

Во все группах возраст и вес практически не отличался, т.е по возрасту и весу пациентки были однотипны. По пробуждению лишь женщины в 5 группе дольше находились в наркотической депрессии, а во всех других группах недостоверные различия. В процентном отношении и двигательная реакция наиболее часто отмечена у пациенток 3 и 4 групп и достоверно ниже в 5 группе женщин.

**Послеоперационные побочные эффекты и удовлетворенность пациента анестезией**

Послеоперационные побочные эффекты	1 группа (n=43)	2 группа (n=25)	3 группа (n=44)	4 группа (n=28)	5 группа (n=33)
Тошнота	12 (28,6)	3 (12)	4 (9)*	2 (7,1)*	2 (6)*
Рвота	5 (12)	1 (4)	1 (2,3)	1 (3,6)	-
Боль	5 (12)	2 (8)	9 (20,4)	7 (25)	3 (9)
Воспоминания о ходе вмешательства	3 (7)	3 (12)	1 (2,3)	1 (3,6)	0
Головокружение	22 (52,4)	16 (64)	7 (16)*	6 (24)*	6 (18)*
Галлюцинации	29 (69)	21 (84)	0*	0*	2 (6)*
Сновидения	34 (81)	22 (88)	9 (20)*	6 (24)*	24 (73)
Ухудшение настроения	3 (7)	14 (61)*	2 (5)	2 (8)	0
Улучшение настроения	3 (7)	0	4 (9)	2 (7)	9 (27)*
Удовлетворенность анестезией					
Плохая	10 (24)	13 (52)*	3 (7)*	3 (11)	0
Приемлемая	23 (53)	5 (22)*	12 (27)*	7 (27)*	4 (12)*

Все пациенты от момента поступления в операционную и в течение 2 часов после операции (при прерывании беременности) находились под постоянным мониторингом с помощью многофункционального монитора. Непрерывно контролировались следующие показатели: *число сердечных сокращений* (ЧСС), *электрокардиография* во II отведении (ЭКГ),  $SpO_2$ , *число дыхательных движений* (ЧДД, F); неинвазивное АД (систолическое, диастолическое, среднее) в первые 10 минут анестезии, далее каждые 5 минут.

Качество анестезии при прерывании беременности оценивалось во всех пяти группах и свидетельствовали о весьма схожих между собой параметрах анестезии. Нет достоверных различий между группами по срокам пробуждения, восстановления ориентации пациентов. Можно отметить более низкое качество анестезии в третьей и четвертой группах: анестезия пропофолом и пропофолом с 12,5 мг кетамина, и если плохое качество анестезии у больных 3 группы представляется вполне закономерным (пропофол не обладает свойствами анальгетика). То отсутствие влияния малых доз кетамина (0,1-0,2 мг/кг) на качество анестезии выглядит несколько неожиданным. Однако сочетание пропофола и кетамина в дозе 0,3-0,4 мг/кг обеспечило наилучшее качество анестезии.

Послеоперационная тошнота и рвота является одним из главных факторов низкой *удовлетворенности послеоперационной анестезией* (УПА). Частота послеоперационной рвоты была ниже во всех группах по сравнению с больными, которым применяли кетамин с реланиумом, но эти различия не носили достоверного характера. Частота послеоперационной тошноты достоверно снижалась у тех пациенток, у которых использовался пропофол. Частота возникновения послеоперационной тошноты достоверно снижалась у больных, которым в анестезиологическом пособии использован дроперидол. Полученные результаты вполне закономерны, так как дроперидол и пропофол обладают заметной противорвотной активностью.

Послеоперационная боль чаще встречалась у пациентов при использовании пропофола и пропофола с низкими дозами кетамина, но различия с контрольной группой не носили достоверного характера. Но даже в этих группах только около двадцати процентов пациентов нуждались в назначении анальгетиков.

Воспоминания о ходе вмешательства чаще сохраняли пациенты 1 и 2 групп. Во всех случаях они не носили конкретный и негативный характер. Чаще всего при опросе пациенты упоминали неясный шум, голоса.

Галлюцинации и сновидения достоверно чаще встречались у пациентов 1 и 2 групп. Интересным представляется тот факт, что во всех случаях сновидения у пациентов 5 группы носили приятный характер. Почти в половине случаев, галлюцинации и сновидения у женщин из 2 группы носили устрашающий, крайне неприятный характер. В послеоперационном периоде достоверно ухудшилось настроение у пациентов 2 группы. Наиболее вероятно, сказалась неспособность дроперидола блокировать психотические эффекты кетамина и его эйфорическое действие. Женщины очень часто просили больше не использовать этот вид анестезии, хотя, в большинстве случаев, были не в состоянии четко объяснить причину этой просьбы.

Достоверно, по сравнению с 1 группой, улучшилось настроение в послеоперационном периоде у пациентов 5 группы. Вероятно, в большей степени это связано с тем, что в кетамин в дозе 0,3- 0,5 мг/кг обладает свойствами антидепрессанта.

Головокружение достоверно реже беспокоило больных 3,4,5 групп.

Учитывая полученные результаты, закономерно, что анестезия на основе пропофола получила в целом более высокую оценку. УПА была достоверно выше у пациентов 3,4,5 групп. Но самую высокую оценку (хорошая 88%) проведенным анестезиологическим пособиям дали пациенты 5 группы. Даже возникновение *послеоперационной боли* (ПБ) и *послеоперационной тошноты и рвоты* (ПОТР) у 5 человек не привели к плохой УПА в этой группе. Следует отметить, что анестезия с использованием дроперидола и кетамина не подтвердила распространенное мнение, что низкая частота ПОТР и *послеоперационная боль* (ПБ), являются синонимом хорошей УПА. У пациентов 2 группы были достаточно низкие показатели послеоперационной тошноты (12%), рвоты (4%) и ПБ (8%), но показатель удовлетворенности анестезией был самый низкий (плохая 52%).

В качестве главной причины плохой УПА пациенты 1 группы назвали: неприятные галлюцинации и сновидения – 4 чел, ПОТР – 3 чел, сильное головокружение – 2 чел, ПБ – 2 чел. Пациенты 2 группы: немотивированное ухудшение настроения – 5 чел, неприятные галлюцинации и сновидения – 5, сильное головокружение – 3 чел., ПОТР – 1 чел., ПБ – 1 чел. Все пациенты 3 и 4 группы в качестве основной причины плохой УПА назвали ПБ.

Сравнивая показатели отражающие качество анестезиологического пособия следует отметить достоверное преимущество выбранной анестезии в 5 группе пациенток, меньше всего тошноты, рвоты, болевой реакции, практически не у кого нет ухудшения настроения и у большего числа женщин улучшение настроения после вмешательства, плохой удовлетворенности анестезией у женщин 5 группы не было, но неожиданно и низкий процент приемлемой удовлетворенности.

Таким образом в группе больных с прерыванием беременности главное определить сочетание гипнотика и анальгетика отвечающих удовлетворенности проведенной анестезией. При прерывании беременности предпочтительна анестезия пропофолом и калипсолом, имеющая меньше осложнений и больший показатель удовлетворенности анестезией.

#### Литература

1. *Гурьянов, В.А.* Анестезиологическое пособие и интенсивная терапия в акушерстве / В.А.Гурьянов, Н.М.Федоровский, А.В. Пырегов // Вестник интенсивной терапии в акушерстве.– 2005.– №4.– С.30–33.
2. *Дюк, Дж.* Секреты анестезии / Джеймс Дюк; Пер с англ.; Под общ. ред. А.П.Зильбера. В.В. Мальцева.– М.: МЕДпресс-инфлом, 2005.– 552 с.
3. *Киреев, С.С.* Пропофол в экстренной гинекологии / С.С.Киреев, А.Ф. Матвеев, Т.Г. Ковалева // Сб. общественное здоровье и здравоохранение; профилактическая и клиническая медицина.– Тула, 2008.– С.94–96
4. *Киреев, С.С.* Выбор анестезиологического пособия при традиционных и лапароскопических операциях в гинекологии / С.С.Киреев, А.Ф.Матвеев, Т.Н. Трухина, Н.Т. Серова // Вестник новых медицинских технологий.– 2010.– Т.Х. VII.– №1.– С.61–62
5. *Лысенков, С.П.* Неотложные состояния и анестезия в акушерстве. Клиническая патофизиология и фармакотерапия.–2–е изд. / С.П.Лысенков, В.В.Мясникова, В.В. Понаморева.– СПб; ЭЛБИ-СПб., 2004.– С.510–526
6. *Haas, D.A.* Ketamine: a review of its pharmacologic properties and use in ambulatory anesthesia / D.A. Haas, D.G. Harper // Anesth. Prog.– 1992.– Vol. 39.– № 3.– P. 61–68.
7. *Mertens, M.J.* Predictive performance of computer-controlled infusion of remifentanil during propofol/remifentanil anaesthesia. Br. J. Anaesth. / M.J. Mertens, F.H. Engbers, A.G. Burm, J.Vuyk.– 2003.– Vol. 90.– P. 132–141