

УДК 618 (575.2) (04)

## МАЛЫЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПРОФИЛИ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ В АКУШЕРСТВЕ

*Д.К. Изликов* – соискатель,  
*Е.С. Тажобаев* – аспирант

Use small homodynamic profiles at critical conditions in obstetrics the given work displays actual questions of obstetrics, connected with hypertensive infringements which decision will lead to decrease in maternal death rate.

Одной из основных причин материнской смертности являются гипертензивные нарушения, кровотечения [1–5]. В Кыргызской Республике, по данным анализа причин материнской смертности за 2004 г., установлено, что летальность в 51,1% случаев приходится на преэклампсию тяжелой степени, 18,6% – кровотечения. Гипертензивные нарушения могут проявляться в виде мозговой комы (каждая вторая женщина, или 50% умерших), коагулопатического кровотечения (каждая четвертая, или 22,7%), в виде отека легких или почечно-печеночной недостаточности (каждая четвертая, или 27,3%). Следует отметить, что в большинстве случаев (31,8%) летальность была ятрогенной, т.е. проводимая необоснованная терапия привела к развитию отека мозга и отека легких, а недооценка степени тяжести преэклампсии способствовала развитию кровотечения и Hellp-синдрома.

Таким образом, больше половины беременных, рожениц и родильниц погибли от преэклампсии. Изначально у них была недооценена степень тяжести состояния, неадекватно или необоснованно проводилась инфузионно-трансфузионная терапия, что способствовало переходу в тяжелую форму заболевания. Неадекватное лечение приводило к отеку легких, мозга, что являлось основной причиной смерти [1]. Поэтому в настоящее время необходимо рассмотреть вопросы оказания медицинской помощи при кри-

тических состояниях в акушерстве: преэклампсии, кровотечениях.

Большие проблемы при ведении больных преэклампсией, по-видимому, связаны с отсутствием полного понимания причины и течения этого осложнения беременности. Существуют различные мнения о причинах гипертензивных состояний при беременности. В настоящее время большое значение придают иммунным и генетическим факторам, которые могут проявляться особенностями плацентации. Торможение миграции трофобласта и отсутствие трансформации мышечного слоя спиральных артерий по мере прогрессирования беременности predispose к их спазму, снижению межворсинчатого кровотока и гипоксии. Таким образом, не происходит достаточной вазодилатации и сохраняется высокая чувствительность сосудов к вазоконстрикторным воздействиям [4, 5].

К развитию гиповолемического шока могут привести во время беременности: аборт, предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, во время родов – разрыв шейки матки, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, разрыв матки; в послеродовом периоде – патология отделения и выделения последа, травматическое повреждение мягких родовых путей, первичное заболевание крови, ДВС синдром, выворот матки.

При преэклампсии ведущий фактор – генерализованная вазоконстрикция, т.е. увеличение ОПСС (постнагрузки), что приводит к снижению наполнения желудочков – низкое ЦВД (преднагрузка), а следовательно, уменьшение сердечного выброса. Малый гемодинамический профиль при преэклампсии выглядит следующим образом: высокое ОПСС / низкое ЦВД / низкий СВ.

При гиповолемическом шоке особое значение имеет снижение наполнения желудочков (низкое ЦВД), приводящее к уменьшению СВ, что в свою очередь вызывает вазоконстрикцию и увеличение ОПСС. С учетом изложенного, “формула” гиповолемического шока будет иметь следующий вид: низкое ЦВД / низкий СВ / высокое ОПСС.

При гипертензивных нарушениях инфузионно-трансфузионная терапия должна ограничиваться введением магнезии сульфата, которая оказывает не только противосудорожный, но и гипотензивный, седативный, диуретический эффекты, а также устраняет последствия нарушения проницаемости клеточных мембран, предотвращает развитие, так называемого кальциевого парадокса с устранением вазоспазма, улучшает систему гемостаза.

Цель инфузионной терапии при умеренных кровотечениях состоит в наполнении жидко-

стью интерстициального пространства, а не сосудистого русла. Целесообразно введение изотонического раствора натрия хлорида для устранения последствий подобных кровотечений.

Таким образом, проводимый мониторинг при критических состояниях в акушерстве с помощью малых гемодинамических профилей позволяет объективно оценить состояние гемодинамики и проводить обоснованную коррекцию инфузионно-трансфузионной терапии.

#### Литература

1. Кан Е.Л., Асымбекова Г.У. Преэклампсия как причина материнской смертности в Кыргызской Республике // Азиатский вестник акушеров гинекологов. – 2000. – №1–2. – Т. 7. – С. 50–52.
2. Кулаков В.И., Мурашко Л.Е. Новые подходы к терминологии, профилактике и лечению гестоза // Акушерство и гинекология. – 1998. – №5. – С. 3–6.
3. Плесков А.П. Гемодинамические пробы при инвазивном мониторинге в интенсивной терапии // Росс. мед. ж. – 1999. – №1. – С. 32–35.
4. Paul L. Marino // The ICU Book. – 1998. – С. 114–123, 134–139.
5. Snyder J.V., Perisky M.R. eds. Oxygen Transport in the Critically Ill. – Chicago: Year Book Medical Publishers, 1987.