ФГБОУ ВО "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ИПО

**Реферат**

Анестезия при операции кесарево сечение.

Выполнила: Абрамова К.Н

Ординатор 2 года

Красноярск, 2020

 **Введение**

Несмотря на общее снижение уровня материнской смертности, летальность причина которой -анестезия, остается практически на прежнем уровне. По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации анестезиолого-реанимационные осложнения были причиной смерти в 2008 г. у 26 женщин, показатель составил 1,53 на 100000 родившихся живыми, в 2009г у 10 женщин показатель 0,57, в2010 г. у 19 женщин показатель - 1,06, в 2011 г. у 15 женщин показатель - 0,83. Данные свидетельствуют, что ряд причин удалось сократить, к ним относятся: осложнения катетеризации подключичных вен, в меньшей степени с осложнениями интубации и не удается справиться полностью с летальными исходами от анафилактического шока на анестетики и аспирационным синдромом.

Среди осложнений, приведших к материнским потерям ведущими были, осложнения катетеризации подключичных вен - 23,1% и анафилактический шок на анестетики - 23,1%, осложнения интубации -19,2%, прочие причины - 15,4%, осложнения эпидуральной анестезии - 11,5% .

Недостатками анестезиолого-реанимационной помощи случаев, признанных предотвратимыми, в 78,8% случаев были дефекты интубации, такие как интубация в пищевод и др. органы, интубация после неоднократной попытки, а также преждевременная экстубация. Прочие причины в структуре недостатков реанимационно-анестезиологических мероприятий у данной группы умерших занимали 22,2%. Среди условно - предотвратимых случаев травма при катетеризации подключичной вены, аспирационный синдром, неправильный выбор метода анестезии, реанимационные мероприятия не в полном объеме и дефекты отсутствовали в оказании анестезиолого -реанимационной помощи по 20%.

В акушерской практике среди оперативных вмешательств, проведенных с использованием анестезии, большинство летальных исходов приходится на кесарево сечение. Из них в 73% случаев гибель пациенток происходит из-за сложностей, связанных с интубацией, аспирацией желудочного содержимого в трахеобронхиальное дерево, развитие аспирационного пульмонита. Риск летального исхода при общей анестезии в несколько раз выше такового при регионарной анестезии.

Анестезия может способствовать летальному исходу по другим причинам (сердечная патология, преэклампсия и эклампсия, кровотечение и коагулопатии и др.).

Акушерская анестезиология имеет свою специфику, так как при любом виде анестезии необходимо учитывать влияние фармакологических средств на организм беременной, их фармакодинамику и фармакокинетику, переход их через плацентарный барьер, воздействие на плод и новорожденного, сократительную активность матки.

У беременных женщин выделяют следующие основные особенности, которые могут повлиять на ход анестезии:

1. Беременные женщины находятся в группе риска по развитию гипоксии. В результате изменения физиологии дыхания им труднее проводить ок-сигенацию. Кроме того, экстракция кислорода у беременных происходит быстрее из-за высокой скорости метаболизма. Ситуация может осложняться наличием сопутствующих заболеваний. Так, при ожирении гораздо сложнее поддерживать проходимость дыхательных путей, а задержка жидкости в интер-стиции может привести к отеку надсвязочных структур и ухудшению визуализации голосовой щели.

2. Несмотря на то, что в ходе беременности происходит задержка жидкости в организме, при кесаревом сечении часто возникает гиповолемия, обусловленная как кровотечением, так и нарушением приема жидкости и пищи в ходе длительных родов, особенно в жаркое время года.

3. Повышенный риск аспирации желудочного содержимого и аспирационногопневмонита. Регур-гитация у беременных может происходить чаще, чем у остального контингента больных.

4. Параллельно с ростом гипертензии во время беременности может нарушаться функция системы коагуляции, а также возрастает риск осложнений со стороны других органов и систем.

Риск для плода обусловлен развитием гипоксии и ацидоза при снижении плацентарного кровотока. Материнский кровоток в экстремальных ситуациях может поддерживаться ценой снижения плацентарного кровотока, поэтому при резком снижении артериального давления у матери плод страдает от уменьшения перфузии через плаценту.

Основой выбора анестезиологического пособия при акушерских операциях является принцип дифференцированного подхода, при котором учитывают характер акушерской и экстрагенитальной патологии, показания, степень срочности и объем оперативного вмешательства. Оценка этих особенностей позволяет подобрать наиболее адекватный и безопасный метод анестезиологической защиты организма беременной женщины и плода от операционного стресса.

При акушерских операциях используют различные виды анестезии- местную, общую, комбинированную и сочетанную. Наиболее часто в акушерстве применяют инфильтрационную и регионарную анестезию.

Под общей анестезией понимают состояние, характеризующееся отсутствием болевых ощущений с одновременной потерей и сохранением других видов чувствительности. Общая анестезия достигается путем влияния фармакологических средств системного действия на ЦНС.

В акушерстве ни один из имеющихся в арсенале анестезиолога-реаниматолога методов анестезии не идеален. С целью повышения безопасности анестезии и минимизации ее влияния на плод и новорожденного все чаще операции выполняют в условиях комбинированной или сочетанной анестезии.

При выборе метода анестезии следует принимать во внимание:

1. Наличие факторов риска (возраст матери, отягощенный акушерский и анестезиологический анамнезы, преждевременные роды, предлежание плаценты или преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП), синдром аортокавальной компрессии, преэклампсия, гестационный сахарный диабет, сопутствующая экстрагенитальная патология, ожирение, осложнения предшествовавших или текущей беременности).

2. Выраженность изменений в организме матери, связанных с беременностью.

3. Состояние плода.

4. Характер предстоящей операции (по срочности их делят на плановые и экстренные, последние бывают неотложными или срочными).

5. Профессиональную подготовку и опыт анестезиолога, наличие соответствующего оборудования для анестезии и мониторинга состояние матери и плода.

6. Желание пациентки.

Чтобы принять правильное решение и предпочесть тот или иной метод анестезии, необходимо знать достоинства и недостатки каждого из них. При плановой или срочной операции кесарева сечения более безопасна регионарная анестезия.

Эклампсия это редкое, но крайне опасное осложнение преэклампсии, которое встречается 1 случай на 2000 родов в Европе и развитых странах. Необходимость экстренного родоразрешения беременных с преэклампсией часто вынуждает акушера прибегать к оперативному лечению. Частота кесарева сечения при этой акушерской патологии достигает более 60%.

Беременная с тяжелой преэклампсией и эклампсией представляет собой серьезную проблему для анестезиолога. Сочетание тяжелой, лабильной артериальной гипертензии, резкой гиповолемии и полиорганной недостаточности требует применение такого метода обезболивания, которое обеспечивает стабильность гемодинамики.

Анестезия у беременных с эклампсией до сих пор является причиной жарких споров. Большинство анестезиологов считают, что регионарная анестезия в данном случае не применима, так как нет надежного обеспечения проходимости дыхательных путей и высок риск повторения судорожного эпизода, поскольку даже при правильном применении сульфата магния он составляет от 6 до 13%. Повышение внутричерепного давления у беременных с эклампсией увеличивает вероятность вклинения миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие в момент люмбальной пункции. Несмотря на это, клиническое состояние беременных с эклампсией, весьма изменчиво: от стабильной гемодинамики, полного сознания и способности сотрудничать с врачом до тяжелой, неуправляемой артериальной гипертензии, комы, анурии и коагулопатии. По видимому, применение регионарных методов обезболивания у стабильных больных, находящихся в сознании, поможет избежать опасности общей анестезии.

Согласно опубликованным данным, смертность от общей анестезии у акушерских больных превышает таковую от регионарной анестезии в 17 раз. Однако для беременных с преэклампсией этот показатель неизвестен. Риск может быть даже и выше поскольку при общей анестезии у беременных с пре-эклампсией и эклампсией особенно вероятно развитие отека гортани и тяжелой, неуправляемой артериальной гипертензии в ответ на ларингоскопию и интубацию трахеи.

Современная литература советует избегать применения спинномозговой анестезии как метода обезболивания при тяжелой преэклампсии и эклампсии, поскольку он способен вызывать катастрофическое снижение артериального давления. Однако проведенные в последние десять лет исследования доказали, что традиционное представление о влиянии спинномозговой анестезии на состояние гемодинамики у этой категории больных не совсем однозначно. Результаты этих исследований позволяют говорить о том, что при некоторых обстоятельствах у таких больных спинномозговая анестезия может быть методом выбора.