

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ КОРРЕКЦИИ ШЕЕЧНОЙ ДИСТОЦИИ

Т.В. Узлова, О.В. Семченкова
ЧелГМА, г. Челябинск

Выявлено, что использование эпидуральной анестезии при коррекции шейечной дистоции позволяет снизить процент оперативных родов без повышения родового травматизма матери и новорожденного.

Ключевые слова: шейечная дистоция, эпидуральная анестезия.

Введение. В настоящее время наблюдается тенденция к неуклонному росту частоты кесарева сечения. В 1985 году в России на тысячу родов было произведено 33,3 операции кесарева сечения, а в 2002 году уже 154,8 [1]. Среди всех показаний к кесареву сечению аномалии родовой деятельности составляют 12,0–26,8 % [2]. Вместе с тем, как указывает ВОЗ (2001), увеличение числа оперативных родов более 10–12 % не приводит к снижению перинатальной заболеваемости и смертности [3]. Поэтому необходима разработка рациональной тактики ведения родов и современных методов регуляции родовой деятельности [4]. По данным родильного дома клиники ЧелГМА, аномалии родовой деятельности за 2009 г. встречались у 6,5 % рожениц, из них дискоординированная рододовая деятельность осложнила течение родов в 39,0 % случаев. В структуре кесарева сечения это показание занимает четвертое место.

Целью работы явилось изучение эффективности использования эпидуральной анестезии при шейечной дистоции, влияния коррекции на родовый процесс, исходы родов для женщины и новорожденного.

Материалы и методы. Изучены истории родов 92 рожениц, течение родового акта которых осложнилось развитием шейечной дистоции, и 92 новорожденных от этих матерей.

Диагноз шейечной дистоции устанавливался по клинико-партографическим и токографическим данным. В процессе родов выявлялись: снижение растяжимости, напряжение и спастическое сокращение на схватку краев маточного зева. По данным наружной гистерографии определялись нарушения «тройного нисходящего градиента» маточных сокращений, проявляющиеся дискоординацией сократительной деятельности матки и повышением активности основных ее функциональных отделов.

В зависимости от метода коррекции аномалии родовой деятельности выделено 3 группы:

1-я группа – 26 рожениц, которым проводилось лечение шейечной дистоции стандартной трехэтапной схемой с применением комплексной спазманальгезии (ГОМК, промедол).

2-я группа – у 20 рожениц использовался люмбальный вариант эпидуральной анестезии.

3-я группа – у 46 рожениц эпидуральная анестезия сочеталась с ГОМКом.

Во всех трех группах с целью коррекции дискоординированной родовой деятельности использовались спазмолитики (галидор, но-шпа), простагландины (энзапрост) при гиподинамическом типе сократительной деятельности матки, проводилось лечение гипоксии плода по показаниям.

Результаты и обсуждение. Из анализа установлено, что подавляющее большинство рожениц (91,0 %) были первородящими, причем повторнобеременными из них оказались 43,9 %. Юных первородящих – 2,0 % от общего числа рожениц, возрастных первородящих – 6,0 %. Преобладали женщины в раннем репродуктивном возрасте 20–25 лет (61,0 %). Из соматической патологии наиболее часто встречались анемии – у 42,7 %, эндокринные нарушения (ДУЩЖ, ожирение) – у 15,6 % и вегетососудистая дистония – у 12,9 %. У большинства рожениц (60,3 %) имелись указания на перенесенные воспалительные процессы гениталий. У каждой третьей родом предшествовали аборт. Беременность на фоне токсикоза протекала у каждой второй роженицы, а каждая третья перенесла во время беременности острые вирусные респираторные заболевания. Как видно из таблицы, в 91,3 % случаев, помимо шейечной дистоции, родовый процесс сопровождали и другие осложнения.

Кесарево сечение было произведено в 22 случаях – 23,9 % (средний показатель оперативных родов при шейечной дистоции в нашей клинике – 29,0 %).

Рассматривая структуру показаний к оперативному родоразрешению, выявлено, что в 1-й группе при применении стандартной схемы лечения шейечной дистоции операцией кесарево сечение закончилось 8 родов (30,7 %). Показанием к оперативному родоразрешению послужило отсутствие эффекта от коррекции шейечной дистоции. Причем в двух случаях показанием к операции также явилось ухудшение состояния плода (7,6 %).

Во 2-й группе операция кесарево сечение произведена в 5 случаях (25,0 %), в одном из них

Осложнения родового процесса у женщин с шеечной дистонией

Вид осложнения родового процесса	Количество рожениц
Патологический подготовительный период	18 (19,5 %)
Несвоевременное излитие околоплодных вод	44 (47,8 %)
Плоский плодный пузырь	21 (22,8 %)
Вторичная слабость родовой деятельности	7 (7,6 %)
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	1 (1,0 %)

показанием явилась начавшаяся преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, в остальных – отсутствие эффекта от коррекции шеечной дистонии. Нарастание гипоксии плода было зарегистрировано у 2 рожениц, родоразрешенных оперативным путем в этой группе (10,0 %).

В 3-й группе 9 родов закончилось операцией кесарево сечение. Таким образом, процент оперативных родов в этой группе составил 19,6 %, что в 1,3–1,5 раза ниже показателей предыдущих групп. В одном случае показанием к операции послужил клинический узкий таз II степени несоответствия (что можно рассматривать как положительный эффект в лечении шеечной дистонии), в другом развившийся гипертонус нижнего маточного сегмента. В оставшихся семи случаях показанием явилось отсутствие эффекта от лечения шеечной дистонии, в двух из которых коррекция дискоординированной родовой деятельности была двухэтапной и роды завершены оперативно, учитывая сочетанные показания (ОАГА, возрастная первородящая). Ухудшение состояния плода в 3-й группе наблюдалось только у одной роженицы (2,1 %).

Достоверных различий в длительности родов во всех группах зарегистрировано не было. Средняя

продолжительность родов составила 10 ч 10 мин. Обращает на себя внимание некоторое удлинение II периода в группе при использовании эпидуральной анестезии – 45 мин (20 мин), тогда как при применении стандартной схемы коррекции (ГОМК, промедол) период изгнания равен 30 мин (10 мин).

Средняя оценка новорожденных по шкале Апгар была 7 баллов на первой минуте и 8 баллов на пятой.

При анализе травматизма родовых путей установлено, что при использовании эпидуральной анестезии в коррекции шеечной дистонии разрывы шейки матки I и II степени составили 35,0 %, в то время как при применении стандартной схемы лечения (ГОМК, промедол) этот показатель равен 59,0 %.

Величина кровопотери во всех выделенных группах в среднем составила 200 мл, не превышала физиологическую.

Для оценки эффективности данного метода коррекции предлагаем историю родов пациентки А., 26 лет (история № 3054): повторнобеременная первородящая. Первая беременность закончилась медицинским абортom, вторая беременность – настоящая. Из экстрагенитальной патологии – хронический тонзиллит, ДНЗ I ст, субклинический гипотиреоз.

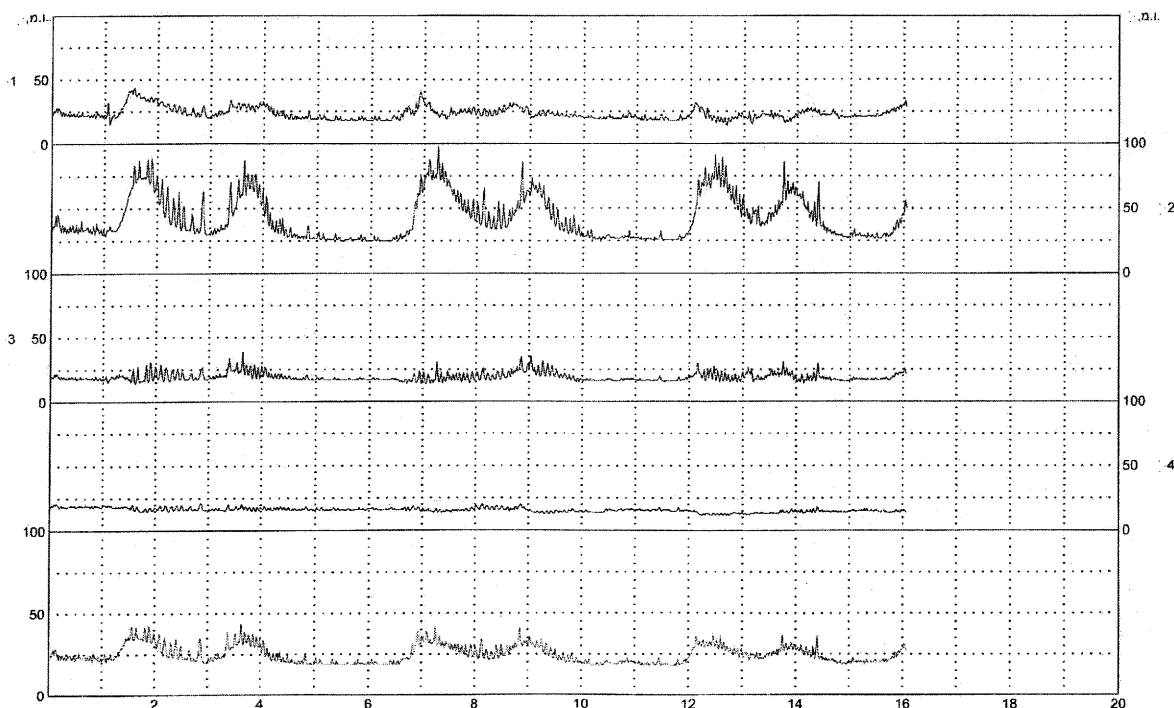


Рис. 1. НГГ роженицы А., 26 лет (история родов № 3054) до проведения коррекции шеечной дистонии



Рис. 2. НГГ роженицы А. через 2 часа после коррекции шейной дистоции

Беременность протекала на фоне угрозы прерывания, при обследовании на ЗППП выявлен уреоплазмоз – санирован. Течение родового процесса осложнилось наличием плоского плодного пузыря, по поводу чего была произведена ранняя амниотомия. При 9 часах регулярной родовой деятельности и открытии маточного зева на 3–4 см выставлен диагноз шейной дистоции. Проведен анализ состояния сократительной деятельности матки методом наружной многоканальной гистерографии (рис. 1).

С целью коррекции развившейся аномалии родовой деятельности решено роды вести в условиях эпидуральной анестезии. Кроме того, однократно вводились спазмолитики (галидор), проводилось лечение гипоксии плода (аскорбиновая кислота, эуфиллин). Спустя 2 часа после проведения коррекции шейной дистоции вновь произведена оценка сократительной деятельности матки (рис. 2).

Через 4 часа 20 минут от начала коррекции шейной дистоции родился живой доношенный мальчик 3300 г, 50 см с оценкой по шкале Апгар 8,8 баллов. При осмотре родовых путей имелись разрывы 1-й степени на 3-х и 9-х часах. Общая кровопотеря составила 200 мл. Общая продолжительность родов 13 ч 30 мин: 1-й период – 12 ч 45 мин,

2-й период – 35 мин (потужной – 10 мин), 3-й период – 10 минут.

Заключение. Таким образом, использование эпидуральной анестезии для коррекции шейной дистоции позволило снизить процент оперативных родов: с 29 до 21,2 %, а в сочетании с ГОМКом до 19,6 %. При этом повышения родового травматизма матери и новорожденного зарегистрировано не было. Исходя из этого, очевидно, что необходимо дальнейшее совершенствование методики и более широкое внедрение этого метода в практическую деятельность.

Литература

1. Кулаков, В.И. Кесарево сечение / В.И. Кулаков, Е.А. Чернуха, Л.М. Комиссарова. – М.: Триада-Х, 2004. – 320 с.
2. Подтетнев, А.Д. Аномалии родовой деятельности / А.Д. Подтетнев, Н.В. Стрижова. – М.: МИА, 2006. – 128 с.
3. Сидорова, И.С. Руководство по акушерству / И.С. Сидорова, В.И. Кулаков, И.О. Макаров. – М.: Медицина, 2006. – 848 с.
4. Технология управления родовой деятельностью / Б.И. Медведев, В.А. Кулавский, Л.М. Плеханова, Е.В. Кулавский. – Уфа, 2008. – 243 с.

Поступила в редакцию 15 февраля 2010 г.