

РЕГИОНАРНЫЕ МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

М.Н. Руденков, В.Ф. Рябов

Коломенская центральная районная больница, г. Коломна, Россия

С целью повышения качества оказываемой специализированной помощи беременным, роженицам и новорожденным 10 лет назад на базе акушерско-гинекологического корпуса МУЗ «Коломенская ЦРБ» было создано специализированное подразделение отделения анестезиологии-реанимации на 3 реанимационные койки с круглосуточным режимом работы (АРО-4). Коломенская ЦРБ – многопрофильное лечебное учреждение павильонного типа строения. Учитывая это, для приближения анестезиологической и реанимационной помощи к больным в других корпусах уже существовали подразделения: нейрохирургическая (АРО-1) и общая реанимация с токсикологией (АРО-2), кардиореанимация (АРО-3) и лаборатория гемодиализа и методов эфферентной гемокоррекции, а врачи этих подразделений несли нагрузку по экстренной анестезиологии, интенсивной терапии и реанимации в акушерско-гинекологическом корпусе.

Создание специализированного подразделения преследовало несколько целей. Первая и наиглавнейшая – это повышение качества оказания медицинской помощи беременным и новорожденным, снижение материнской смертности при осложненных родах и создание высококвалифицированного коллектива специалистов анестезиологов-реаниматологов и медсестер-анестезисток, хорошо ориентирующихся в акушерской патологии.

Работая только в «акушерстве», персонал анестезиолого-реанимационной службы проникся теми проблемами и трудностями, которые возникают у акушеров. Эти проблемы и трудности стали своими, что привело к нескольким положительным результатам.

Во-первых, в анестезиологическую практику начали внедряться все современные методы обезболивания – такие, как эпидуральная аналгезия родов, эпидуральная (ЭДА) и спинномозговая анестезии (СМА).

Во-вторых, на более высоком уровне стала проводиться, совместно с неонатологами, первичная реанимация новорожденных и их последующее ведение в отделении новорожденных.

Эффективной стала проводиться профилактика и лечение беременных с гестозами, что дало результаты и привело к снижению летальности от тяжелой акушерской патологии (эклампсия, HELLP-синдром) практически до нуля.

И наконец, в комплексном лечении акушерской патологии, нашли более широкое применение методы эфферентной гемокоррекции (гемосорбция, дискретный и мембранный плазмаферез, гемо-

диафильтрация, ультрафиолетовое облучение крови), что также сказалось на окончательных результатах лечения.

В настоящей статье мы остановимся только на одном разделе нашей работы, а именно – на регионарных методах обезболивания во время родов и при операции кесарева сечения.

Показаниями для операции кесарева сечения служили:

- слабость родовой деятельности + дородовое излитие вод + начавшаяся гипоксия плода;
 - рубец на матке;
 - тазовое предлежание плода + дородовое излитие вод + возрастная первородящая + крупный плод;
 - гестоз второй половины беременности;
 - клинически узкий таз;
 - миопия высокой степени с изменениями на глазном дне + узкий таз, незрелая шейка матки;
 - отслойка плаценты;
 - хроническая фетоплацентарная недостаточность (ХФПН), синдром задержки внутриутробного развития (СЗВУР) плода III степени;
 - поперечное или косое положение плода;
 - выпадение или прижатие пуповины;
 - миома матки;
 - аномалия развития внутренних половых органов;
 - врожденный вывих тазобедренных суставов;
 - лобное вставление;
 - центральное предлежание плаценты;
 - кондиломатоз вульвы, влагалища;
 - рецидивирующий папилломатоз гортани, трахеостомия;
 - детский церебральный паралич с гемипарезом;
 - эксцизия шейки матки;
 - ишемический инсульт в анамнезе;
 - вялый паралич нижних конечностей;
 - лимфогранулематоз;
 - идиопатическая мультифокальная мышечная дистония;
 - компрессионный перелом позвоночника в анамнезе;
 - двойня + тазовое предлежание одного плода;
 - двойня + электроконизация шейки матки по поводу рака шейки матки;
- бесплодие + экстракорпоральное оплодотворение.

Сведения о проведенных операциях приведены в табл. 1 и табл.2

Таблица 1

**Плановые операции кесарева сечения
и обезболивание родов с помощью эпидуральной аналгезии**

Годы	Эндотрах. наркоз	Эпидуральная анестезия	Спинно- мозговая	Эпидураль- ная аналгезия	Всего
2002	52	10	-	5	67
2003	70	18	3	21	112
2004	39	19	20	20	98
Всего	161	47	23	46	277

Таблица 2

**Экстренные операции кесарева сечения
и обезболивание родов с помощью эпидуральной аналгезии**

Годы	Эндотрах. наркоз	Эпидуральная анестезия	Спинно- мозговая	Эпидуральная аналгезия	Всего
2002	169	28	-	12	209
2003	137	47	1	29	214
2004	159	80	33	36	308
Всего	465	155	34	77	731

Как видно из приведенных таблиц, доля эндотрахеальных наркозов постепенно сокращается, а доля регионарных методов начинает превалировать – это относится как к ЭДА, так и к СМА. Если в 2002 г. СМА при кесаревом сечении не применялась вообще, то в 2004 г. под СМА проведено 53 операции, что составило около 9%.

Показаниями к проведению регионарной анестезии служили:

- отсутствие противопоказаний;
- согласие больной;
- гестоз второй половины беременности;
- заболевания сердца (пороки сердца, пролапс митрального клапана, миокардиодистрофия);
- заболевания легких (хроническая обструктивная болезнь легких – ХОБЛ);
- миопия высокой степени, изменения сетчатки, атрофия зрительного нерва;
- дискоординация родовой деятельности;
- ХФПН, СЗВУР плода, хроническая внутриутробная гипоксия плода;
- полипоз гортани и трахеи, трахеостомия.

Перед операцией проводилась профилактика рвоты и регургитации:

- строгий голод перед эндотрахеальным наркозом не менее 6 часов;
- промывание желудка при наличии желудочного содержимого;
- применение приема селлика перед интубацией;
- проведение прекураризации;

- обязательный прием альмагеля перед эндотрахеальным наркозом.

Профилактика синдрома нижней полой вены и гипотензии, не связанной с ним:

- при любой тенденции к артериальной гипотонии в положении на спине – поворот на левый бок и проведение кесарева сечения в этом положении до извлечения плода;

- предварительная преинфузия перед эндотрахеальным наркозом, а при регионарной анестезии желательное превентивное переливание не менее 1000 мл растворов (плазмозаменители – рефортан, стабизол и физиологический раствор); этого бывает достаточно, чтобы в последующем не вводить вазопрессоры;

- своевременное возмещение кровопотери, также является одним из главных компонентов в борьбе с гипотонией.

Из местных анестетиков, на первом этапе внедрения, применялся лидокаин, как для эпидуральной, так и для спинномозговой анестезии. В последующем стали применяться маркаин и наропин, но лидокаин продолжает широко использоваться как наиболее доступный и хорошо изученный анестетик. На 382 случая регионарного обезболивания отмечено 6 осложнений: анафилактическая реакция, купированная медикаментозно; высокий блок при СМА – проведена интубация трахеи и ИВЛ; синдром нижней полой вены (купирован поворотом на левый бок и медикаментозно); три случая неэффективного обезболивания.

Наш опыт показывает, что создание анестезиолого-реанимационных подразделений в акушерских стационарах районных больниц позволяет:

- поднять на более высокую ступень оказание анестезиологической и реанимационной помощи беременным и новорожденным, резко сократив летальность;

- внедрять в акушерскую практику современные достижения анестезиологии, реаниматологии и методов эфферентной гемокоррекции;

- шире применять современные методы обезболивания – эпидуральную аналгезию, эпидуральную и спинномозговую анестезию, как наиболее безопасные для матери и плода.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ БЛЕФАРОПТОЗАМИ

*А.А. Рябцева, М.Ю. Герасименко, В.Ю. Кокорев, Е.В. Филатова
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва, Россия*

Врожденные аномалии органа зрения являются основной формой офтальмопатологии детского возраста [1, 4]. Среди них блефароптозы занимают одно из первых мест. Публикации по про-