

УДК 618.4-089.5:618.514

## **СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ВЕДЕНИЕ РОДОВ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ С ОБЕЗБОЛИВАНИЕМ МЕТОДОМ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛГЕЗИИ У ПАЦИЕНТОК С РУБЦОМ НА МАТКЕ**

**К.А. Боженков, Т.А. Густоварова, В.Л. Виноградов, А.Н. Иवानян**

*Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС Смоленской государственной медицинской академии  
Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28*

*ОГБУЗ «Клиническая больница №1» Россия, 214032, Смоленск, ул. Фрунзе 40*

Рост частоты абдоминального родоразрешения ведет к увеличению числа пациенток с рубцом на матке. На базе ОГБУЗ «Клиническая больница №1» г. Смоленска проведено более 200 родов через естественные родовые пути, из них у 22 женщин с обезболиванием методом длительной эпидуральной аналгезии (ДЭА). Доказаны преимущества самостоятельных родов при отсутствии абсолютных противопоказаний и наличии полноценного рубца. Показано, что роды у пациенток с рубцом на матке могут быть обезболены методом ДЭА.

**Ключевые слова:** роды, рубец на матке, состоятельность рубца, эпидуральная аналгезия.

## **THE MODERN VIEW OF LABOR MANAGEMENT VAGINALLY WITH ANESTHESIA BY PROLONGED EPIDURAL ANALGESIA IN PATIENTS WITH UTERINE SCAR**

**K.A. Bozhenkov, T.A. Gustovarova, V.L. Vinogradov, A.N. Ivanyan**

*Smolensk State Medical Academy, Krupskaya St. 28, Smolensk, Russia  
Hospital № 1, 214032, Frunze St. 40, Smolensk, Russia*

Growth rate of abdominal delivery, increase the number of patients with uterine scar. On the basis of Hospital №1Smolensk held more than 200 births vaginally, of whom 22 women with prolonged analgesia by epidural analgesia (PEA). We prove the benefits of independent genera in the absence of absolute contraindications, and there is a full scar. It is shown that birth in women with uterine scar can be anesthetized by the PEA.

**Key words:** birth, the scar on the uterus, the consistency of the scar, epidural analgesia.

В последние годы увеличивается частота кесаревых сечений, достигая по России 20%, а в перинатальных центрах 40% и более, в связи с чем резко возрастает количество женщин, имеющих рубец на матке [8]. Проведение повторного кесарева сечения сопряжено с риском возникновения акушерских и анестезиологических осложнений и требует гораздо больших материальных затрат (средняя стоимость повторного кесарева сечения 19815 рублей, родов через естественные родовые пути 4643 рубля). По данным отечественных и зарубежных авторов, роды через естественные родовые пути при наличии рубца на матке возможны у 25-70% беременных с благоприятным исходом как для матери, так и для плода [3,6,12,13]. Отказ от ведения родов через естественные родовые пути чаще всего обусловлен страхом врача перед разрывом матки. Доказано, что

частота данного осложнения у женщин с рубцом на матке не превышает 3% [2,14]. Обезболивание родов у данной категории пациенток является сложной и важной задачей. Отсутствие адекватного обезболивания может ухудшать течение родов, приводить к возникновению аномалий родовой деятельности, психо-эмоциональной нестабильности, стрессам у рожениц. Результаты проведенных в последние годы исследований с высоким уровнем доказательности позволяют говорить об отсутствии значимого и доказанного отрицательного влияния эпидуральной аналгезии на процесс и исход родов, частоту кесарева сечения, состояние плода и новорожденного. ДЭА является одним из самых эффективных способов устранения сильной родовой боли, известной своим комплексным негативным влиянием [1,4]. Роды через естественные родовые

пути после кесарева сечения в нижнем сегменте матки в настоящее время не являются противопоказанием к ДЭА [5,9].

Цель работы – оптимизация ведения родов через естественные родовые пути у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения путем обезболивания методом ДЭА.

### Методика

Проводился тщательный отбор пациенток. Общеклиническое обследование включало в себя сбор анамнеза, гинекологическое исследование, оценку результатов клинических и биохимических анализов. При ультразвуковом исследовании определяли положение и предлежание плода, предполагаемые размеры и степень зрелости плода, состояние пуповины, структуру и локализацию плаценты; особое внимание уделялось изучению рубца на матке: толщине, структуре, равномерности, деформации, оценке кровотока. Для оценки состояния плода использовался метод кардиотокографии (КТГ).

С 2009 года проведены 101 самостоятельные роды у женщин с рубцом на матке, из них с обезболиванием методом ДЭА – 22 родов. ДЭА проводили женщинам с регулярно установившейся родовой деятельностью при открытии шейки матки 3-6 см. Выраженность болевого синдрома оценивали по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Оценка болевого синдрома проводилась в 1-м периоде родов до обезболивания на высоте схватки, затем – на фоне эпидуральной аналгезии на высоте схватки с интервалом 15 минут, во 2-м периоде родов – на высоте потуг, в 3-м периоде родов – на фоне проведения ручного обследования полости матки. ДЭА в первом периоде родов проводили при болевом синдроме выше 5-6 см по шкале ВАШ, повторно – при таком же уровне болевых ощущений в зависимости от акушерской ситуации, а так же всем пациенткам в начале третьего периода родов для обезболивания ручного обследования полости матки. Для аналгезии использовались местные анестетики Наропин (ропивакаин), лидокаин, наборы для проведения эпидуральной анестезии VBraun 18 G. После идентификации эпидурального пространства вводили 3 мл 2% раствора лидокаина в качестве тест-дозы, затем через 5-7 минут вводилось 20-24 мг 0.2% Наропина, катетеризировалось эпидуральное

пространство. Выраженность моторного блока определялась по шкале Bromage [11] с интервалом 15 минут.

Всем пациенткам в родах проводился тщательный мониторинг неинвазивного артериального давления (систолического, диастолического, среднего), регистрация частоты пульса, сатурации, КТГ мониторинг, гистерография, клинический и по показаниям ультразвуковой контроль за состоянием рубца.

### Результаты исследования и их обсуждение

Из 22 пациенток, обезболенных методом ДЭА, роды завершились через естественные родовые пути у 20 женщин (90,9%), в 2 случаях (9.1%) роды завершились оперативно с благоприятным исходом для матери и ребенка. Причиной экстренного оперативного вмешательства в одном случае явилась острая гипоксия плода, в другом – несостоятельность рубца на матке. Средняя оценка всех новорожденных по шкале АПГАР на 1 и 5 минутах составляла 8-8 баллов независимо от окончательного способа родоразрешения.

В родильном доме ОГБУЗ «Клиническая больница №1» за период с 2006 по 2010 год было проведено 9241 родов, из них у 642 (6.95%) пациенток имелся рубец на матке после кесарева сечения в предыдущих родах. В 481 (75%) случае методом выбора при родоразрешении являлось повторное кесарево сечение, у 161 (25%) пациентки роды завершились самостоятельно через естественные родовые пути.

*Таблица 1. Динамика родов у пациенток с рубцом на матке (по данным ОГБУЗ «КБ №1» г. Смоленска)*

|                          | 2009 год    | 2010 год    | 2011 год (январь-сентябрь) |
|--------------------------|-------------|-------------|----------------------------|
| <b>Всего родов</b>       | <b>2023</b> | <b>2110</b> | <b>1680</b>                |
| С рубцом на матке        | 165         | 158         | 129                        |
| Родившие через ЕРП       | 46          | 32          | 23                         |
| Родившие через ЕРП с ДЭА | 3           | 8           | 11                         |

Несмотря на рост числа женщин с рубцом на матке, увеличить количество родов через естественные родовые пути не представляется возможным. Это обусловлено тем, что более чем у 50% рожениц имеются абсолютные или относительные показания для повторного оперативного родоразрешения, у 11-12% беременных выявляются клинические и эхоскопиче-

ские признаки неполноценности рубца на матке, и около 10% пациенток отказываются от родов через естественные родовые пути. Наиболее информативными признаками состояния рубца являются равномерность его толщины во всех отделах и однородность, что оценивалось при ультразвуковом исследовании. У большинства пациенток толщина стенки матки в области рубца составляла от 3 до 5 мм, рубец расценивался состоятельным. Равномерно истонченный рубец до 2 мм без деформации так же позволил провести самостоятельные роды, и при ручном обследовании полости матки был расценен как состоятельный. Были зафиксированы следующие осложнения родов: аномалии родовой деятельности (32.4%), преждевременное излитие околоплодных вод (16.9%), быстрые роды (9.9%), разрыв матки по рубцу - 1 случай (0.5%).

С 2009 года с целью обезболивания самостоятельных родов у пациенток с полноценным рубцом на матке нами стала применяться ДЭА. Проведено 22 обезболивания самостоятельных родов методом ДЭА у рожениц с рубцом на матке. В 2009 году она проведена всего 3 роженицам (6.5%), а за 2010 и не полный 2011 годы успешно использовалась для обезболивания 19 самостоятельных родов, что составило 33% от всей категории женщин с рубцом на матке, родоразрешенных через естественные родовые пути. Причиной отказа от обезболивания в 2009 году в 75% случаев явилось нежелание акушеров вести роды высокого риска с ДЭА, в 19.5% случаев - отказ роженицы от обезболивания родов. В 2010-2011г отказ акушеров вести роды с обезболиванием составил 50%, а отказ рожениц от обезболивания - 17%. Важный момент при ведении родов в условиях ДЭА у пациенток с рубцом на матке - постоянный контакт с роженицей. Возможность оценки самой женщиной изменений интенсивности, характера схваток, поведения плода являлось одним из основных требований к глубине анальгезии и отражало качество обезболивания. Проведен сравнительный анализ течения и исхода родов в двух группах наблюдения. Первую группу составили 22 роженицы с рубцом на матке, которым проводилось обезболивание методом ДЭА во время самостоятельных родов, во вторую группу вошло 36 женщин с рубцом на матке, которым обезболивание не проводилось по отмеченным выше причинам. Выраженность болевого синдрома во время схваток у

пациенток первой группы перед обезболиванием составляла 7-10 см по ВАШ. ДЭА снижала болевые ощущения до 0-2 см по ВАШ во время схваток и до 2-4 см по ВАШ в потужном периоде. Моторный блок в 100% случаев составлял 0 баллов по шкале Bromage, что не ограничивало женщину в движении. Выраженность болевого синдрома у рожениц второй группы составляла на высоте схваток и потуг 7-10 см по ВАШ.

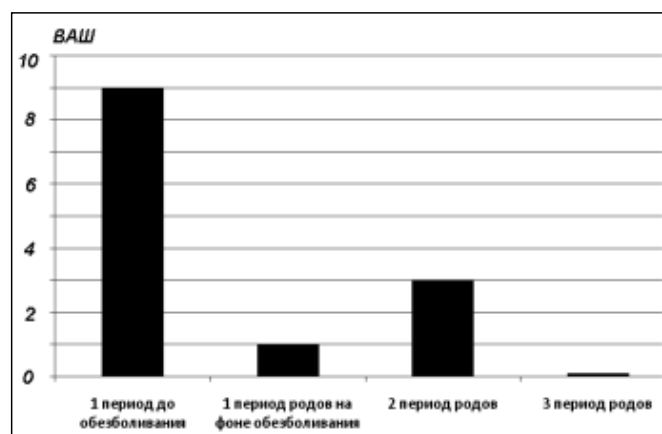


Рис. 1. Динамика болевого синдрома у пациенток, получавших ДЭА

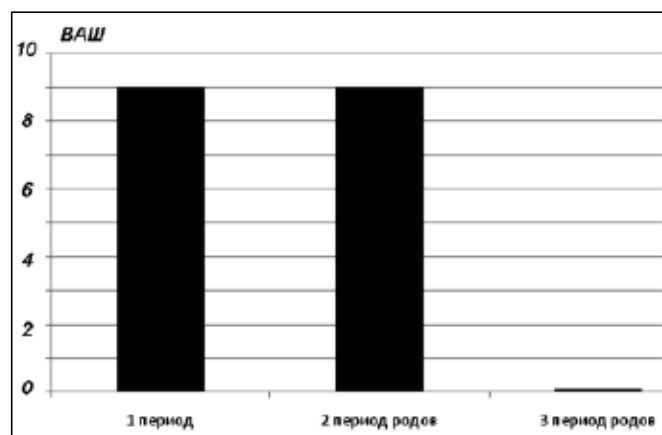


Рис. 2. Динамика болевого синдрома у пациенток, не получавших ДЭА

У пациенток первой группы отмечалось укорочение первого периода родов до  $5.5(\pm 0.7)$  часов по сравнению с роженицами второй группы наблюдения, у которых продолжительность первого периода родов составляла  $6.5(\pm 1)$  часов. Продолжительность потужного периода в первой группе возрастала в среднем на 20%, но это не повлияло на оценку новорожденных и исход родов. У пациенток первой группы отмечалась более плавная и стабильная картина показателей гемодинамики (артериальное давление, пульс) по сравнению с пациентками второй группы, у которых на высоте схватки возрас-

тало АД на 20 - 30% и увеличивалась частота пульса на 40-50%, достигая 120 ударов в 1 минуту. У женщин первой группы ритм дыхания во время схваток, потуг и между ними был ровным и частота дыхательных движений (ЧДД) составляла 12-14 в минуту, а у рожениц второй группы на высоте схваток и потуг дыхание было аритмичным, нарастала гипервентиляция с тахипноэ до 30 в 1 минуту. Средняя кровопотеря в родах составила в обеих группах пациенток 180-250 мл. и не требовала массивной инфузии. Общий объем инфузионной терапии в родах составил до 400 мл кристаллоидных растворов (раствор Рингера, физиологический 0.9% раствор натрия хлорида). Осложнений ДЭА зафиксировано не было. Ручное обследование полости матки и ушивание имеющихся разрывов у родильниц первой группы проводилось под ДЭА, у родильниц второй группы - под тотальной внутривенной анестезией на основе кетамина. Более ранняя

активизация в раннем послеродовом периоде отмечалась в 100% случаев у пациенток первой группы.

## Выводы

При постоянно увеличивающейся частоте кесарева сечения неизбежно будет возрастать и количество женщин, имеющих рубец на матке. При тщательном отборе таких пациенток, адекватной психопрофилактической подготовке, отсутствии абсолютных противопоказаний и полноценном рубце на матке самопроизвольные роды с обезболиванием методом ДЭА являются не только возможными и целесообразными, но и служат достойной альтернативой повторному кесареву сечению. Наличие взаимопонимания между акушером и анестезиологом является важной составляющей успеха.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андреевко А.А., Пантелеев А.В., Атласов В.О. Современные принципы применения регионарных методов обезболивания родов // Тезисы 1 Всероссийского конгресса «Анестезия и реанимация в акушерстве и неонатологии». – 2008. – 17 с.
2. Баев О.Р. Разрыв матки в современном акушерстве // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2005. – Т.4. №3. С. 83-88.
3. Краснопольский В.И., Логутова Л.С. Самопроизвольные роды у беременных с рубцом на матке как альтернативный и безопасный метод родоразрешения // Акушерство и гинекология. – 2000. – №5. – С. 17-22.
4. Куликов А.В. Эпидуральная аналгезия в обезболивании родов. // Материалы 3 Всероссийского образовательного конгресса «Анестезия и реанимация в акушерстве и неонатологии». – 2010. – С. 63-65.
5. Ланцев Е.А., Абрамченко В.В. Анестезия, интенсивная терапия и реанимация в акушерстве. – М.: Медпресс-информ, 2010. – С. 207-211.
6. Логутова Л.С. Оптимизация кесарева сечения (медицинские и социальные аспекты): Дис. ...д-ра мед. наук. – М., 1996. 362 с.
7. Розентул И.Г., Кабылбеков А.К., Кутузов Р.И. Некоторые практические аспекты эпидуральной аналгезии в акушерстве. // Материалы 3 Всероссийского образовательного конгресса «Анестезия и реанимация в акушерстве и неонатологии». – 2010. – С. 101-104.
8. Чернуха Е.А. Какова оптимальная частота кесарева сечения в современном акушерстве? // Акушерство и гинекология – 2005. №5. – С. 8-11.
9. Морган Дж. Эдвард - мл., Мэвид С. Михаил. Клиническая анестезиология: книга 3-я. – М.: БИНОМ, 2003. – С. 84-107.
10. Олман К., Уилсон А. Оксфордский справочник по анестезии. – М.: БИНОМ, 2009. – 737 с.
11. Bromage P. R. Physiology and pharmacology of epidural analgesia // Anesthesiology. – 1967. – Vol.28, N3. – P.592-622.
12. Flamm B.L. Vaginal birth after caesarean // Best Practice a. Resarch Clin Obstet.Gynecol. - 2001. – Vol.15. – № 1. – P.81-92.
13. Obara H., Minakami H., Koike T., et al. Vaginal birth after cesarean delivery: results in 310 pregnancies // J Obstet Gynaecol Res. – 1998. – №24 (2). – P.129-134.
14. Ogunnowo T., Olayemi O., Aimakhu C.O. Uterine rupture: UCH, Ibadan experieira West Afr // J Med. – 2003. – №22 (3). – P.236-239.