

Нормализация дискоординированной родовой деятельности

Е.Н. Зарубина, С.Ю. Бакланов, А.С. Зыкова, А.Л. Семенова, А.Н. Теплякова, Е.В. Яковлева
ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ, Москва

Managing Discoordinated Labour

E.N. Zarubina, A.S. Zyкова, A.L. Semenova, S.Yu. Baklanov,
A.N. Teplyakova, E.V. Iakovleva
CCH with Outpatient health center, Moscow, Russia

Аннотация

В контролируемое рандомизированное исследование было включено 119 рожениц. В основной группе женщин, роды у которых осложнились дискоординацией родовой деятельности, использование предложенной нами методики с применением комбинированной спинально-эпидуральной анестезии (КСЭА) в сочетании с ранней амниотомией позволило снизить процент оперативного родоразрешения путем кесарева сечения при данной патологии. Более ранняя амниотомия в сочетании с КСЭА является оптимальным подходом к коррекции данной аномалии родовой деятельности.

Ключевые слова: роды, дискоординация родовой деятельности, комбинированная спинально-эпидуральная анестезия (КСЭА), амниотомия.

Abstract

This study included 119 women in labour. In the group of parturient women (n = 57), whose births were complicated by discoordination of labor activity, using the proposed technique with the use of CSEA, it was possible to reduce the percentage of operative by cesarean section. SEA provides adequate pain relief throughout all stages of labor and is the optimal approach to correcting childbirth anomalies.

Key words: childbirth, discoordination of labour, combined spinal epidural anesthesia.

Нарушение сократительной деятельности матки в родах остается одной из ведущих проблем в акушерстве, а предупреждение этой патологии может способствовать снижению перинатальной смертности и серьезных осложнений у матери. Несмотря на значительное количество работ, посвященных изучению дискоординированной родовой деятельности (ДРД), к настоящему времени не только не отмечено снижение частоты, а, напротив, имеется тенденция ее роста. Данная патология является одной из основных причин экстренного оперативного родоразрешения. Частота кесарева сечения при ДРД в России составляет от 10 до 30%, в Канаде и США – до 31%. В странах Европейского Союза при этой патологии процент оперативного родоразрешения равен 15-30% [1-2]. Следует отметить, что в 70-80 % случаев ДРД развивается у первородящих практически здоровых женщин [3].

Увеличение частоты дискоординации родовой деятельности ставит перед врачами задачу своевременной диагностики и коррекции данной патологии. С учетом вышесказанного выработка рациональной акушерской и анестезиологической тактики при аномальном течении родов имеет огромное значение [4-6].

Цель исследования: оптимизировать подходы к лечению дискоординации родовой деятельности на основе применения комбинированной спинально-эпидуральной анестезии (КСЭА) в сочетании с ранней амниотомией.

Материалы и методы

Настоящее исследование проводилось на базе Центра акушерства, гинекологии и вспомогательных репродуктивных технологий Федерального государственного бюджетного учреждения «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации.

В исследование включено 119 рожениц при первых и повторных своевременных родах, осложнившихся дискоординацией родовой деятельности. В зависимости от используемого метода ведения родов все пациентки были разделены на 2 группы. 1-ю группу (основную) составили 57 женщин, которым с целью коррекции дискоординации родовой деятельности проводили раннюю амниотомию (при открытии маточного зева на 1-3 см) с последующим проведением ранней комбинированной спинально-эпидуральной анестезии (КСЭА); 2-ю группу (сравнения) со-

Таблица 1
Общая характеристика рожениц

	1-я группа – основная, n=57, среднее значение (диапазон)	2-я группа – сравнения, n=62, среднее значение (диапазон)
Возраст, годы	32,3 (21-39)	33,4 (22-39)
Срок гестации, нед	39,3 (38-40)	39,1 (38-40)
Рост, см	163,5 (153-178)	164,1 (154-180)
Масса тела, кг	62,8 (50-94)	61,2 (51-90)

ставили 62 пациентки, роды у которых проводили со своевременной амниотомией (не ранее 5 см открытия маточного зева) и применением эпидуральной анестезии (ЭА).

Критерии включения в исследование: возраст пациентки старше 18 лет, отсутствие гнойно-септических заболеваний, тяжелых осложнений (эклампсия, HELLP-синдром), наличие информированного согласия. Статистическая обработка проводилась на основе двухвыборочного критерия Стьюдента.

Характеристика групп представлена в табл. 1.

Характерным симптомокомплексом ДРД были резко болезненные схватки и/или ригидность маточного зева на фоне повышенного базального тонуса миометрия, увеличение силы схватки, укорочение фазы расслабления, уменьшение паузы между схватками. Очень часто болевой синдром сопровождался тошнотой, рвотой, чувством страха. При влагалищном исследовании отмечалось отсутствие динамики раскрытия шейки матки с плотными краями маточного зева.

При возникновении симптомов дискоординации родовой деятельности у рожениц 1-й группы производилось раннее вскрытие плодного пузыря – амниотомия (при открытии маточного зева на 1-3 см), после чего анестезиолог приглашался в родильный блок не только для обезболивания, но и для ведения родов. Обезболивание методом КСЭА проводилось 0,5% раствором маркаина (спинал Хэви) с последующим введением в эпидуральное пространство 0,2 % раствора ропивакаина.

В периферическую вену устанавливался катетер диаметром не менее 18 G и начиналась инфузия физиологического раствора в среднем темпе. Пациентке в положении сидя в асептических условиях под местной анестезией выполнялась пункция эпидурального пространства на уровне L2-L3 L3-L4 иглой Туохи диаметром 18 G. Через иглу Туохи до получения ликвора вводили иглу для спинномозговой анестезии диаметром 27 G и

длиной 120 мм. По этой игле интратекально вводили растворы маркаина 0,5% — 0,5 мл (2-2,5 мг). После этого извлекали иглу для спинномозговой анестезии и заводили перидуральный катетер в краниальном направлении на 3-4 см. В течение всей процедуры пациентка находилась в положении сидя, что с учетом гипербаричности вводимого раствора обеспечивало блокаду не выше L2-L3. После фиксации перидурального катетера пациентку укладывали на левый бок для предупреждения проявлений аортокавальной компрессии и продолжали инфузию кристаллоидными растворами (стерафундин 500 мл) в среднем темпе.

После достижения положительного эффекта со стороны шейки матки и уменьшения болезненности схваток с целью стимуляции родовой деятельности применялся раствор окситоцина по стандартной методике: 5 Ед окситоцина в 500 мл изотонического раствора со скоростью 2 мЕд/мин (4 капли в минуту) с последующим увеличением скорости инфузии каждые 30 мин на 4 капли в минуту до достижения 3 схваток за 10 мин продолжительностью 40 с и более. Причем при действующей КСЭА ощущение потуг не блокировалось и у роженицы сохранялась возможность координировать свои усилия с началом схваткообразных ощущений.

У рожениц 2-й группы после установления диагноза ДРД амниотомия производилась при открытии маточного зева на 4-5 см и с целью обезболивания осуществлялась ЭА по традиционной методике с последующим введением окситоцина по той же схеме.

Все роды проводились с КТГ-мониторингом за состоянием сердцебиения плода. При появлении признаков гипоксии плода роды заканчивались путем операции кесарева сечения в экстренном порядке.

При применении КСЭА у женщин с дискоординацией родовой деятельности гемодинамические показатели матери оставались стабильными: как в 1-й так и во 2-й группе цифры АД и ЧСС по данным мониторинга наблюдения варьировали в пределах нормы и не требовали дополнительного введения фенилэфрина и атропина.

Результаты и обсуждение

У всех женщин, включенных в исследование, роды прошли без осложнений, региональная анестезия проведена в соответствии с утвержденными методиками.

В результате более раннего обезболивания (при открытии маточного зева на 1-3 см) на фоне

Таблица 2

	1-я группа (n=57)	2-я группа (n=62)	P
Дискоординация родовой деятельности	57	62	0,907
В том числе дистоссия шейки матки	16	18	
Самопроизвольные роды с оперативным пособием (KIWI)	0	2	0,5
Экстренное кесарево сечение	9	22	0,033

ранней амниотомии в 1-й группе роды путем кесарева сечения закончилось у 9 рожениц, а во 2-й – у 22. Показанием к экстренному родоразрешению у пациенток обеих групп явились отсутствие эффекта от коррекции дискоординации родовой деятельности и угроза гипоксии плода (табл. 2).

В случае самопроизвольных родов в обеих группах после выполнения как КСЭА, так и ЭА время от развития эффекта обезболивания до полного открытия шейки матки (10 см) не превышало допустимых пределов. Выявлено статистически значимое отличие во времени раскрытия шейки матки при применении ЭА и СЭА. В исследуемой группе это время составило 172,5 мин и было меньше, чем во 2-й – 192,5 мин.

Достоверных различий в оценке новорожденных по шкале Апгар между группами не выявлено. Оценка по шкале Апгар на 1-й минуте жизни составили: в 1-й группе – $8,0 \pm 0,2$ балла, во 2-ой группе – $7,9 \pm 0,2$ балла и на 5-й минуте – $8,1 \pm 0,1$ и $8,9 \pm 0,2$ балла соответственно. Все показатели в группах соответствовали нормальным значениям у здоровых новорожденных.

При выявлении признаков дискоординированной родовой деятельности более раннее вскрытие плодного пузыря уменьшает внутриматочное давление и снижает гипертенус миометрия.

Применение комбинированной спинально-эпидуральной анестезии у женщин с аномалией развития родовой деятельности не влияет на гемодинамические показатели матери, способствует ликвидации дискоординации маточной мускулатуры, уменьшает восприятие болей и снижает эмоциональное напряжение роженицы.

Метод не оказывает отрицательного влияния на основные системы жизнеобеспечения плода и новорожденного, ускоряет процесс раскрытия маточного зева, сокращает продолжительность первого периода, не влияя на течение второго и потуг.

Заключение

Проведенное исследование показало, что применение комбинированной спинально-эпидуральной анестезии в более раннем периоде родов у женщин с дискоординированной родовой деятельностью в сочетании с ранней амниотомией позволяет эффективнее влиять на сократительную деятельность матки, чем традиционное обезболивание родов методом эпидуральной анестезии в активную фазу, снижая при этом частоту кесарева сечения в 2,5 раза.

Литература

1. Савицкий А.Г. Гипертоническая дисфункция матки в современном акушерстве: вопросы патогенеза, терминологии и идентификации. Журнал акушерства и женских болезней. 2006; 55(2): 32-41 [Savitsky A.G. Hypertonic Uterine Dysfunction In Contemporary Obstetrics: Pathogenesis, Terminology And Identification. Journal of Obstetrics and Women's Diseases. 2006; 55(2) : 32-41. In Russian].
2. Козонов Г.Р., Кузьминых Т.У., Толибова Г.Х. Клиническое течение родов и патоморфологические особенности миометрия при дискоординации родовой деятельности. Журнал акушерства и женских болезней. 2015: 39-48 [Kozonov G.R., Kuzminykh T.U., Tolibova G.Kh. The clinical course of labor and pathological features of the myometrium during discoordination of labor activity. Journal Of Obstetrics And Women's Diseases. 2015: 39-48. In Russian].
3. Павлович Е.Р., Ботчей В.М., Подтетнев А.Д. Количественный морфологический анализ миометрия матки первородящих женщин с патологической родовой деятельностью. Дискоординация родовой деятельности. Успехи современного естествознания. 2010; 10: 32-37 [Pavlovich E.R., Botchey V.M., Podtetnev A.D. Quantitative morphological analysis of uterine myometrium of primipara women with pathological labor. Discordination of labor. Successes of modern science. 2010; 10: 32-37. In Russian].
4. Куликов А.В., Шифман Е.М. Обезболивание родов. Клинические рекомендации. Регионарная анестезия и лечение острой боли. 2013; 7(4): 60-70 [Kulikov A.V., Shifman E.M. Pain relief childbirth. Clinical guidelines. Regional anesthesia and acute pain treatment. 2013; 7 (4): 60-70. In Russian].
5. Айламазян Э.К., Полушин Ю.С., Первак В.А. Использование спинальных методов анестезии в акушерстве для профилактики и лечения аномалий родовой деятельности. Журнал акушерства и женских болезней. 2007; 56(3): 14-21 [Aylamazyan E.K., Polushin Yu.S., Pervak V.A. The use of spinal anesthesia methods in obstetrics for prevention and treatment of anomalies of ancient activities. Journal Of Obstetrics And Women's Diseases. 2007; 56(3):14-21. In Russian].
6. Антипин. Э.Э., Уваров Д.Н. Эпидуральная аналгезия в первом периоде родов – есть ли альтернатива? Анестезиология и реаниматология. 2014; 1: 18-22 [Antipin E.E., Uvarov D.N., Nedashkovsky E.V., Kushev I.P. Epidural analgesia in the first stage of labor - is there an alternative? Anesthesiology and Intensive Care. 2014; 1: 18-22. In Russian].

Для корреспонденции/Corresponding author
Куров Максим Александрович / Kurov Maksim
strannik62rus@rambler.ru

Конфликт интересов отсутствует