

УДК 618.3:616.12-053.1 + 618.5-085.5

М. Є. Кирильчук, С. Є. Савченко, О. П. Карпенко, Н. А. Мякота

**ДО ПИТАННЯ ЗНЕБОЛЕННЯ ПОЛОГІВ У ВАГІТНИХ З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ
СЕРЦЯ***ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АМН України», м. Київ*

ДО ПИТАННЯ ЗНЕБОЛЕННЯ ПОЛОГІВ У ВАГІТНИХ З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ Проведено розродження 60 жінок: 40 пацієнток з вродженими вадами серця під епідуральною анестезією (1 група); 20 жінок з вродженими вадами серця, яким не проводили епідуральну анестезію (2 група); контрольну групу склали 20 здорових роділь. Проведений аналіз показав, що фракційна епідуральна анестезія з лідокаїном у поєднанні з фентанілом є ефективним і достатньо безпечним методом провідникового знеболювання, який запобігає розвитку аномалій пологової діяльності, дистресу плода, небажаним змінам гемодинаміки, дозволяє знизити частоту патологічної крововтрати та частоту оперативного розродження в 2 рази.

К ВОПРОСУ ОБЕЗБОЛОВАНИЕ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ВАДАМИ СЕРДЦА. Проведено родоразрешение 60 женщин: 40 пациенток с врождёнными пороками сердца под эпидуральной анестезией (1 группа); 20 женщин с врождёнными пороками сердца, которым не проводили эпидуральную анестезию (2 группа); контрольную группу составили 20 здоровых рожениц. Проведенный анализ показал, что фракционная эпидуральная анестезия с лидокаином в сочетании с фентанилом является эффективным и достаточно безопасным методом проводникового обезболивания, который предотвращает развитие аномалий родовой деятельности, дистресса плода, нежелательные изменения гемодинамики, позволяет снизить частоту патологической кровопотери и частоту оперативного родоразрешения в 2 раза.

THE QUESTION OF LABOR ANALGESIA IN WOMEN WITH CONGENITAL HEART DISEASE. 60 women gave birth: 40 patients with congenital heart disease under epidural anesthesia (group 1), 20 women with congenital heart disease without epidural anesthesia (group 2), the control group consisted of 20 healthy women. The analysis showed that the fractional epidural anesthesia with lidocaine in combination with fentanyl is effective and fairly safe method of semiconductor anesthesia, which prevents the development of irregular contractions of uterus, fetal distress, unwanted changes in hemodynamics, reduces the incidence of abnormal blood loss and operational birth in 2 times.

Ключові слова: вроджені вади серця у матері, знеболення пологів.

Ключевые слова: врожденные пороки сердца у матери, обезболивание родов.

Key words: congenital heart disease in the mother, labor pain relief.

ВСТУП. Вроджені вади серця (ВВС) у жінок, як свідчать дослідження, що проведені у нас в інституті, та дані літератури, супроводжуються значною частотою акушерських і кардіологічних ускладнень та перинатальної патології [1,2]. Персистуюча гіпоксія материнського організму, оперативне розродження, аномалії скоротливої діяльності впливають на збільшення частоти післяпологових кровотеч у таких жінок [3, 4].

У сучасній літературі зустрічаються роботи по знеболенню пологів у жінок з прееклампсією, у здорових вагітних, але вони носять анестезіологічну направленість і присвячені пошуку комбінації нових місцевих анестетиків [5-7]. Робіт по знеболенню пологів у жінок з ВВС в літературі недостатньо, вони поодинокі і суперечливі. Тому **метою** нашого дослідження було удосконалення методу знеболення пологів у жінок з ВВС і оцінка його ефективності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Проведено розродження 60 жінок: 40 пацієнток з ВВС під епідуральною анестезією (1 група); 20 жінок з ВВС, яким не проводили епідуральну анестезію (2 група); контрольну групу склали 20 здорових роділь. Групи підібрані ідентично за віком, паритетом, видами вад серця та стадією серцевої недостатності. Пацієнтки з ВВС у стадії синдрому Ейзенменгера в дослідження не увійшли через протипоказання

проведення у них знеболення шляхом епідуральної анестезії у зв'язку з тим, що обумовлене нею зниження периферичного судинного опору може призвести до істотного збільшення об'єму правого шунта крові, отже до посилення гіпоксемії та серцевої недостатності [8].

Пологи у хворих із ВВС велися в умовах максимального знеболювання, при динамічному моніторингу за серцевою діяльністю матері та плода, у присутності акушера-гінеколога, кардіолога, неонатолога і реаніматолога, у відповідності з розробленим планом ведення пологів.

Епідуральну анестезію виконано стандартною методикою: пункція та катетеризація епідурального простору на рівні L_2-L_3 . Тест-доза – 40 мг лідокаїну. Базова доза лідокаїну 1-1,5 мг/кг. При виникненні больових відчуттів через 45-60 хв., після введення базової дози лідокаїну вводили фентаніл по 50 мкг на одне введення. При необхідності повторного введення фентанілу доза останнього складала 20-50 мкг.

Про ефективність аналгезії судили за загальноприйнятими клінічними ознаками. Скоротливу діяльність матки та стан плода вивчали за допомогою кардіотокографа фірми "Kranzbuhler". Для клінічної оцінки скоротливої діяльності матки в пологах використовували шкалу, запропоновану Ю.М. Караш [9].

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Тривалість першого (6,9± 1,4 год. у 1-й проти 7,6±1,2 год. у 2-й групі та 8,2±1,3 год. у контрольній) та другого періоду пологів (20 ±4,5 хв. у 1-й проти 22±6,8 хв. у 2-й групі та 25±6,1 хв. у контрольній) у жінок усіх груп достовірно не відрізнялась. Не виявлено негативного впливу фракційної епідуральної анестезії на тривалість 1 та 2 періоду пологів у роділь з ВВС. Незначне зниження маткової активності у відповідь на епідуральне введення місцевих анестетиків носить короткочасний характер і не

потребує будь-якої корекції. Відмічена тенденція до зниження патологічної крововтрати (10,0 % у 1-й проти 20,0 % у 2-й групі, p<0,05).

Токографічні дані (таблиця 1) дають змогу більш детально розглянути скоротливу діяльність матки, що виявило гіподинамічний тип кривої (оцінка за модифікованою шкалою Ю.М. Караш менше 3 балів) у 7,5 % жінок 1-ї і у 10,0 % 2 груп та у 5,0 % серед здорових пацієнок, нормодинамічний тип кривої (3-8 балів) спостерігався відповідно у 80,0 % та у 60,0 % жінок 1 та 2 груп проти 90,0 % у здорових роділь.

Таблиця 1. Дані про скоротливу діяльність матки у обстежених жінок, абс.ч. (%)

=і ібвХБХКі тХьпнКуХ64пк4ві и	Показовни Хвкрої вки ХРБ, кпи		
	2Ики	Дки	вХо4БХЖуоки
сг Хьі окпаоки	ми0-Н*и	Ди23-3*и	2и1-3*и
5 ХБп Хьі окпаоки	мДи73-3*и	2Ди03-3*9и	27и03-3*и
сг зБьі окпаоки	1и2Дн*9±19и	0и3-3*9и	2и1-3*и

Примітка: * – різниця достовірна відносно показника у жінок контрольної групи (p<0,05); ** – відносно показника у жінок 2-ї групи.

У 12,5 % жінок групи 1 та 30,0 % жінок групи 2 відмічено гіпердинамічний тип кривої (оцінка за модифікованою шкалою Ю.М. Караш більше 9 балів) проти 5,0 % серед здорових жінок, що клінічно проявляється переважанням сильних перейм, неможливістю пальпації плода під час перейм в проміжку 20 с, неповним розслабленням та прогресуючим напруженням матки, болями поза переймами.

Як видно з наведених даних, епідуральна анестезія позитивно впливає на характер скоротливої діяльності матки у хворих з ВВС, що призводить до зменшення кількості аномалій пологової діяльності.

При кардіомоніторному спостереженні (таблиця 2) протягом пологів не виявлено порушення стану плода пацієнок 1 групи, за ви-

нятком зниження амплітуди миттєвих осциляцій, у порівнянні із контролем. На відміну, у жінок 2 групи відмічались достовірні відхилення показників при кардіомоніторному обстеженні плода.

Так, у вагітних з ВВС при слабкості пологової діяльності в міру затягування періоду пологів з'являються негативні зміни параметрів, що свідчить про порушення стану плода й збільшення ступеня його дистресу. Це виявляється в зменшенні кількості акцелерацій до чотирьох впродовж 30 хвилин дослідження, зниженні амплітуди акцелерацій, появі спонтанних децелерацій. Виражене порушення стану плода може виявляти себе зниженням амплітуди миттєвих осциляцій до 3 уд/хв, відсутністю акцелерацій, появою глибоких (більше 30 уд/хв), тривалих (більше 20 с) децелерацій.

Таблиця 2. Показники кардіомоніторного спостереження у обстежених жінок

7 рунтс (у	Основса г рунтс (ун гр п=1г н2		
) Пн	і Пн	урся=р8бсн
Снтярян тв=ъвж (2 тур=ровсбк2ж	б) . і рД/мме	б) і) рД/к ме) % 8 Д/к
- лг89я1днл (яя5ж (2 рть (8аь9ак2ж	б7юД, рме	б*к Д, к ме	9рД, к
К86у9яб нуьв8в=нь94 жг=рдржж % 2ж	б7юД, к*ме	б7юД, юме	ик Д, к
К86у9яб двьв8в=нь94 жг=рдржж % 2ж	, рД, ю	б юД, ю ме	, к Д, к
ОьФунпн- гпн=: сн) 2жсн3 2ж	7рД, р%	б*кД, юме	7юД, к
	7к*Д, к	б7юД, кме	ик Д, к

Примітки: * – різниця достовірна відносно показника здорових жінок (p<0,05); ** – відносно показника у жінок 2-ї групи.

Розвиток децелерацій, імовірно, є наслідком прогресуючого дистресу плода, що зв'язано з порушенням матково-плацентарно-плодового кровотоку при аномаліях пологової діяльності у роділь з ВВС.

Результати пологів, залежно від проведення епідуральної анестезії, наведені у таблиці 3, з якої видно, що в 1 групі спостерігається тенденція до зменшення частоти народження дітей в асфіксії та достовірне зменшення

Таблиця 3. Результат пологів у обстежених жінок, абс.ч (%)

Група	Показники		
	ефективні	неуспішні	смерть
Група 1	30,48%	30,48%	30,48%
Група 2	48,88%	20,48%	30,48%
Група 3	20,48%	30,48%	я

Примітки: * – різниця достовірна відносно показника у жінок контрольної групи ($p < 0,05$); ** – відносно показника у жінок 2-ї групи.

частоти переходу на абдомінальне оперативне розродження (2,5 % проти 20,0 % у 2 групі).

Вища частота оперативного розродження через природні пологові шляхи (акушерські щипці) в 1 групі пояснюється обов'язковим включенням другого періоду пологів при виробленні плану їх ведення, де показана епідуральна анестезія. Акушерські щипці у 1 жінки 2-ї групи застосовувались у зв'язку з погіршенням стану роділлі (тахікардія, посилення задишки).

Застосування епідуральної анестезії зменшило частоту (5,0 % проти 15,0 % у жінок 2 групи, $p < 0,05$) та тяжкість проявів серцевої недостатності у жінок з ВВС, яка є наслідком реакції на пологовий стрес та больові відчуття.

Слід зазначити, що випадків перинатальної та материнської смертності не було.

У обстежених жінок виявлено наступні ускладнення проведення епідуральної анестезії: у 2 (5,0 %) – короткотривалий головний біль протягом першої доби післяпологового періоду, у

1 (2,5 %) – біль у попереку протягом 12 годин після пологів, у 2 (5,0 %) – місцеві прояви подразнення у ділянці пункції епідурального простору.

ВИСНОВКИ. Знеболення пологів шляхом епідуральної анестезії доцільно у жінок з вродженими вадами серця, що підтверджується зменшенням частоти ускладнень з боку матері і плода.

Проведений аналіз показав, що фракційна епідуральна анестезія з лідокаїном у поєднанні з фентанілом є ефективним і достатньо безпечним методом провідникового знеболювання, який запобігає розвитку аномалій пологової діяльності, небажаним змінам гемодинаміки, дозволяє знизити частоту патологічної крововтрати та частоту оперативного розродження в 2 рази.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.

Планується продовження вивчення ефективності різних методів знеболення пологів у вагітних з вродженими вадами серця.

Література

1. Врожденные пороки сердца и беременность: течение, тактика ведения, исходы / В.И. Медведь, Л.Б. Гутман, В.Е. Дашкевич и др. // 36. наук. праць VI наук. конференції Асоціації серцево-суд. хірургів. – Київ, 1998. – С. 254-258.
2. Outcome of pregnancy in women with congenital heart disease: a literature review. / Drenthen W., Pieper P.G., Roos-Hesselink J.W. et al. // J Am Coll Cardiol. - 2007- N49(24) – P. 2303-2311.
3. Скоротлива функція матки при аномаліях родової діяльності у вагітних з вродженими вадами серця / Авраменко Т.В., Савченко С.Є., Коломійченко Т.В., Гиревич Ю.Й. // Труды Крымского государственного мед. университета им. С.М. Георгиевского «Проблемы, достижения, перспективы развития медико-биологических наук практического здравоохранения. - 2009. - Т. 145. - Ч. 2. - С. 10-16.
4. Перебіг вагітності та пологів у вагітних з вродженими вадами серця / Кирильчук М.Є., Тутченко Л.І.,

Апресова К.Г., Мокрик О.М. // Здоровье женщины. – 2010. – № 5. – С.113-116

5. Ткаченко Р.О. Перинатальні аспекти епідурального знеболення пологів. / Р.О. Ткаченко // Репродуктивное здоровье женщины. – 2008. – № 3 (37). – С.114-117.

6. Кім Ен Дін. Порівняльна оцінка різних варіантів анальгезії при корекції аномалій пологової діяльності / Кім Ен Дін, Ібадов Б.К. // Вісник наукових досліджень. – 2010. – №2. – С.38-40.

7. Elteschig H. Regional Anesthesia and Analgesia for Labor and Delivery / Elteschig H, Lieberman E., Camann W. // N. Engl. J. Med. – 2003. – V348, N4. – P.319-332.

8. Висока легенева гіпертензія і вагітність / В.В. Подольський, В.І. Медведь, Л.Б. Гутман, В.Є. Дашкевич та ін. // Методичні рекомендації – Київ, 2010. – 30с.

Караш Ю.М. Методика клинической оценки сократительной деятельности матки в родах / Караш Ю.М. / Акуш. и гинеколог. – 1984. – №7. – С. 69-73.