

АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ

УДК 617-089.5-031.83:618.5

© Кім Ен Дін, Б.К. Ібадов

Республіканський спеціалізований науково-практичний медичний центр акушерства і гінекології,
м. Ташкент, РузПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА РІЗНИХ ВАРІАНТІВ АНАЛГЕЗІ ПРИ КОРЕКЦІ АНОМАЛІ ПОЛОГОВО
ДІЯЛЬНОСТІ

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА РІЗНИХ ВАРІАНТІВ АНАЛГЕЗІ ПРИ КОРЕКЦІ АНОМАЛІ ПОЛОГОВО ДІЯЛЬНОСТІ – Досліджували 132 жінки з аномалією пологово діяльності, поділені на II групи. I група – 65 жінок, регуляцію пологово діяльності проводили ГОМК з 2 % промедолом, II група – 67 епідуральною аналгезією 0,25 % розчином “Бупівака н-М” з обзиданом, безперервною інфузією. Вивчали гемодинаміку, зовнішнє дихання, скоротливу діяльність матки і новонароджених. Було виявлено, що епідуральна аналгезія не чинить негативного впливу на основні системи життєзабезпечення матері, плода і новонародженого. Аналгезія ГОМК з наркотичними аналгетиками не запобігає ноцицептивній активності, не покращує показники зовнішнього дихання, чинить пригноблювальний вплив на новонароджених в ранній неонатальний період адаптації.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ АНАЛГЕЗИИ ПРИ КОРРЕКЦИИ АНОМАЛИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ – Исследовали 132 женщин с аномалией родовой деятельности, разделенных на II группы. I-я гр. – 65, регуляцию родовой деятельности проводили ГОМК с 2% промедолом, II-ю – 67 эпидуральной аналгезией 0,25% раствором “Бупивакаин-М” с обзиданом, непрерывной инфузией. Изучали гемодинамику, внешнее дыхание, сократительную деятельность матки и новорожденных. Было выявлено, что эпидуральная аналгезия не оказывает отрицательного влияния на основные системы жизнеобеспечения матери, плода и новорожденного. Аналгезия ГОМК с наркотическими аналгетиками, не предотвращает ноцицептивную активность, не улучшает показатели внешнего дыхания, оказывает угнетающее влияние на новорожденных в раннем неонатальном периоде адаптации.

THE COMPARATIVE ESTIMATION OF VARIOUS ANALGESIA VARIANTS AT CORRECTION WITH ANOMALY OF THE PATRIMONIAL ACTIVITY – Researched 132 women with anomaly of the patrimonial activity, divided on II groups. I-st gr. (65), the regulation of patrimonial activity spent by sodium oxybutyrat with 2 % promedol, II-nd (67) epidural analgesia 0,25 % by solution of bupivacaine – M with obzidane by continuous infusion. Were studied the haemodynamics, external breath, contractive activity of a uterus and newborns. It has been revealed that epidural analgesia does not render negative influence on the basic life-support systems, mother, a fetus and the newborn. The analgesia by sodium oxybutyrat with narcotic analgesic does not prevent nociceptive activity, does not improve parameters of external breath. Renders oppressing influence on newborns in the early neonatal period of adaptation.

Ключові слова: пологи, епідуральна аналгезія, аномалія пологово діяльності.

Ключевые слова: роды, эпидуральная аналгезия, аномалия родовой деятельности.

Key words: labor, epidural analgesia, labor's anomaly.

ВСТУП Незважаючи на значний прогрес в медичній технології, а також використання сучасних методів діаг-

ностики і лікування, аномалія пологово діяльності матки є недостатньо вивченою проблемою, незважаючи на великий об'єм знань і наукових робіт в цій галузі акушерства. Аномалія пологово діяльності (АПД) на даний час залишаються достатньо частим ускладненням пологового процесу і складають 10-20 % ускладнень пологів [1, 2] і, на жаль, не мають тенденції до зниження.

Аномалія пологово діяльності не завжди піддається медикаментозній корекції, тому пологи нерідко закінчуються кесаревим розтином через відсутність ефекту від терапії або приводу дистресу плода. Відомо, що раціональна корекція скоротливо діяльності матки сприяє зменшенню частоти оперативного розродження.

Призначення для регуляції скоротливо діяльності матки β-адреноміметиків, β-адреноблокаторів, антагоністів Ca²⁺, антиоксидантів і антигіпоксантів, різних варіантів аналгезії не завжди сприяють корекції пологово діяльності.

Мета роботи: вивчити вплив різних варіантів аналгезії при лікуванні аномалії пологово діяльності.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Обстежено 132 жінки з аномалією пологово діяльності – дискоординація пологово діяльності – у 51 (38,6 %), дисточія шийки матки – у 43 (32,5 %), некоординовані і тривалі скорочення матки – у 38 (28,7 %). Першороділь було 78 (59,1 %), повторнороділь – 54 (40,9 %). Хронічна анемія різного ступеня тяжкості мала місце у 103 (78 %), хронічний пієлонефрит – у 29 (22 %) породіль.

Роділей було поділено на II групи, рівнозначні за віком, перебігом вагітності і ступенем ризику в пологах. I групу склали 65 жінок, регуляцію пологово діяльності яким проводили внутрішньом'язовим введенням ГОМК (40-50 мг/кг) у поєднанні з 2 % промедолом (20 мг) і спазмолітиками (но-шпа). У II групу увійшли 67 жінок, яким проводили епідуральну аналгезію на рівні L_{II}, - L_{III}, катетер направляли в каудальному напрямку на 3-4 см, як анестетик використовували 0,25 % розчин “Бупівака н-М” фірми “Здоров'я народу Україна” (10-12 мл) у поєднанні з обзиданом [3], приготований ex tempore, який вводили фракційно після “тест дози” 3 мл, потім починали інфузію 0,25 % розчином “Бупівака н”, середній темп інфузії склав (8,5±0,18) мл/год. Інфузію здійснювали за допомогою шприцевих насосів фірми “Atom” і припиняли введення при відкритті маткового зів'язу на 8 см.

Про ефективність аналгезії судили за загальноприйнятими клінічними ознаками, частотою серцевих скорочень (ЧСС), середнім динамічним тиском (СДТ), сатурацією киснем (SaO₂), які контролювали за допомо-

гою монітора Argus фірми "Schiller" (Швейцарія). Центральну гемодинаміку оцінювали методом дослідження ехокардіографі апаратом "SA-600" фірм MEDISON (Південна Корея). Вивчали серцевий індекс (CI), середній динамічний тиск; загальний периферійний судинний опір (ЗПСО). Зовнішнє дихання оцінювали методом комп'ютерно пневмотахометрії на апараті "Flowscreen" (ERICH JEGGER, Німеччина), виражених у відсотках від належних величин. Вивчали співвідношення миттєвих максимальних об'ємних швидкостей при видиху до ФЖЕЛ (МОС 25/75) і об'єму форсованого видиху за 1 с (ОФВ 1). Скоротливу здатність матки і внутрішньоутробний стан плода вивчали за допомогою апарата Feta Care фірми "Kranzbuhler".

Дослідження проводили в 4 етапи: I – напередодні пологів, II – при встановленому діагнозі АПД, III – через 30 хв після епідурального введення знеболювальних препаратів, IV – при відкритті маткового зіву на 6-8 см. Скоротливу здатність матки на III етапах: I – при встановленому діагнозі АПД, II – після аналгезії на 30 хв, III – при відкритті маткового зіву на 8 см. Матеріали, отримані при дослідженні, обробляли методом варіаційно статистики з використанням критерію Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Дослідження гемодинаміки напередодні пологів дозволили виявити у всіх наших спостереженнях гіпертензивно-гіподинамічну дисоціацію (табл. 1).

Таблиця 1. Показники центрально гемодинаміки, ФЗД і скоротливо діяльності при знеболюванні пологів у жінок з аномалією пологової діяльності

Показники	Гр.	Етапи дослідження			
		напередодні пологів	до аналгезії	через 30 хв після знеболювання	відкриття маткового зіву на 6-8 см
CI л/хв·м ²	1	2,2±0,05	3,9±0,14*	3,74±0,1*	4,2±0,15*,**
	2	2,18±0,14	3,7±0,1*	3,4±0,13*,***	3,75±0,16*,***
ЗПСО дин/с·см ⁵	1	2712,6±79,1	2978±85*	2668±74,5**	2957,1±75,1*,**
	2	2615±82,4	2895±80*	2439±82,3**,***	2560±69,3***
СДТ мм рт.ст.	1	93,3±1,7	106,6±1,*	96,6±1,5**	110,3±1,9*,**
	2	91,6±1,6	110±1,4*	83,3±1,8*,**,***	93,3±1,5*,***
ОФВ 1	1	87,9±1,4	69,1±1,4*	73,8±1,1*,**	68,3±1,5*,**
	2	89,3±1,5	67,3±1,2*	86,9,3±1,6**,***	85,8±1,4***
МОС 25/75	1	86,5±1,5	57,2±1,2*	60,1±1,7*	56±1,2*,**
	2	85,4±1,3	56,6±1,5*	81,5±1,9**,***	79,8±1,5*,***
Од.Монтевідео ум.од.	1		98±1,9	91,4±2,2*	162±2,4*,**
	2		96,4±2	82,8±3,1*,***	140,2±*,**,***
Базальний тонус мм рт.ст.	1		13,6±0,6	12,5±0,6	19,4±0,5*,**
	2		13±0,7	4,5±0,4*,***	14,1±0,8**,***

Примітки: * – достовірність відмінностей щодо початкових величин; ** – достовірність відмінностей щодо попереднього етапу; *** – достовірність відмінностей між групами.

З початком пологової діяльності при встановленому діагнозі АПД (II етап), гіпертензивно-гіподинамічна дисоціація переходила в еукінетичний тип кровообігу в обох групах, реєстрували достовірне збільшення серцевого викиду. СДТ і ЗПСО підвищувалися відповідно на 14,2-20 і 9,7-10,7 %, що можна пояснити різким загостренням сенсорного сприйняття на тлі пологового болю.

На 30-й хвилині (III етап) після аналгезії зазначали поліпшення гемодинамічних показників в досліджуваних групах, розвивалася типова картина часткового сенсорно-моторного блоку в другій групі. При цьому реєстрували достовірне, відносно попереднього етапу зниження СДТ і ЗПСО на 9,4 і 11,5 % і 24,3 і 15,8 % в I і II групі, а CI, відповідно, збільшувався щодо результату на 70 і 55,9 %. Необхідно зазначити менше гемодинамічне навантаження у пацієнтів II групи відносно I, що можна пояснити надійним ноцицептивним захистом на тлі епідурально аналгезії.

Тривалість ді першо дози бупівака ну складала (118,6±2,8) хв. При введенні наступних доз м'язовий тонус практично не відрізнявся від початкового, що можна пояснити набагато меншим фармакологічним навантаженням і концентрацією бупівака ну-М.

Дослідження, проведені на IV етапі, підтверджували високу ефективність епідурально аналгезії (II гру-

па), тоді як роділлі I групи реагували на звичайні подразники, відзначали виражені больові відчуття, були неспокійні. При цьому в I групі CI, ЗПСО і СДТ достовірно збільшувалися щодо результату на 90,9; 9 і 17,8 %, в II CI відповідно на 72 %.

Початкові вентиляційні показники функції зовнішнього дихання (ФЗД) характеризувалися помірно вираженими ристриктивно-обструктивними порушеннями. На тлі пологової діяльності спостерігали різке зниження об'ємних швидкісних показників в "німій зоні" легень Mead (МОС_{75/25%}) і показника, що характеризує вдих і видих в довільнозалежній зоні (ОФВ 1), що посилювало обструктивні порушення.

Так, МОС 25/75 в I групі достовірно знижувався відповідно на 29,3, в II на 28,8 %. Тоді, як показник, який відображає рівень ураження крупних бронхів (ОФВ 1), знижувався на 18,8 і 22 % (P<0,001). Таким чином, на тлі вираженого больового синдрому, ФЗД набувала характеру значних ристриктивно-обструктивних порушень з переважним ураженням в периферійних дихальних шляхах. Дані зміни були зумовлені больовими переїмами, в результаті яких роділлі не здатні були зробити повноцінний вдих і видих.

Після початку знеболювання в I групі (II етап) породіллі дещо заспокоївалися, проте скаржилися на больові переїми, при цьому спостерігалось достовір-

не поліпшення прохідності в крупних бронхах на 4,7 % і різке достовірне зниження прохідності в периферійних дихальних шляхах щодо результату. У II групі спостерігали достовірне поліпшення прохідності в "німій зоні" легень Mead і в довільнозалежній зоні щодо попереднього етапу. У породіль скарг не було, вони ставали спокійними. Таким чином, вентиляційні показники на тлі епідуральної аналгезії не зазнавали значних змін щодо результату – допологових величин.

У I групі при відкритті маткового зіву на 8 см (III етап), породіллі ставали неспокійними, наростала задишка, тахіпное, тахікардія, вентиляційні швидкісні показники були достовірно нижчі від попереднього етапу, ОФВ 1 на 5,5 і МОС 25/75 на 4,1 %. При цьому спостерігали різке достовірне зниження всіх швидкісних показників щодо результату. У II групі на тлі повноцінного знеболювального ефекту швидкісні показники залишалися практично на тому ж рівні, що і на попередньому етапі і характеризувалися помірним зниженням прохідності в периферійних дихальних шляхах щодо початкових величин.

Порівняльна оцінка показників ФЗД показує достовірне поліпшення швидкісних показників за всіма параметрами в II групі порівняно з I на II і III етапі дослідження.

Зміни вентиляційних показників в I групі жінок свідчили про виражені ристриktivно-обструктивні порушення в периферійних дихальних шляхах і були зумовлені як недостатньою аналгезією, так і можливою наркотичною депресією на тлі медикаментозного знеболювання. У той же час епідуральна аналгезія (ЕАН) бупівака ном значно покращували бронхіальну прохідність протягом всього пологового акту, що вказувало на повноцінну аналгезію і відсутність вираженого впливу на ФЗД.

Стан скоротливої діяльності матки при діагнозові АПД у породіль обох груп характеризувався збільшенням од. Монтевідео і підвищенням базального тонуусу матки порівняно з аналогічними показниками у здорових породіль [1].

Після початку знеболювання в I групі спостерігали достовірне зниження од. Монтевідео на 6,8 %, при цьому базальний тонус практично залишався на початковому рівні. У II групі через 30 хв після ЕАН, жінки ставали спокійними, відзначали повне зникнення болю. У них також спостерігалось достовірне зниження од. Монтевідео на 14,6 % і зниження базального тонуусу 2,8 раза.

При відкритті маткового зіву на 6-8 см в I групі од. Монтевідео збільшувалася щодо результату і попереднього етапу на 65 і 77,2 %. У II групі також зазначали достовірне збільшення маткової активності (од. Монтевідео на 45,2 і 69,3 %) на тлі достовірного низького базального тонуусу і відсутності дискоординованих маткових скорочень.

Оцінка новонароджених за шкалою Апгар в I групі була такою: 1-3 бали у 1 (1,5 %); 6-7 балів у 23 (35,4 %); 8-10 балів у 41 (63,1 %) ; у 2-й групі 4-5 балів – 1 (1,5%); 6-7 балів у 5 (7,5 %) ; 8-10 балів у 61 (91 %).

ВИСНОВКИ 1. Епідуральна аналгезія бупівака ном-М в поєднанні з обзиданом – патогенетично обгрунтований спосіб знеболювання пологів у жінок з дискоординованою пологовою діяльністю, не чинить вираженого негативного впливу на основні системи життєзабезпечення, СДМ, внутрішньоутробний стан плода і новонародженого.

2. Аналгезія ГОМК з наркотичними аналгетиками зменшує, але не запобігає індукованій пологовою діяльністю ноцицептивній активності, не покращує об'ємні швидкісні показники ФЗД, має пригнічувальний вплив на новонароджених в ранній неонатальний період адаптації.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамченко В.В. Эпидуральная анестезия в акушерстве / В.В. Абрамченко, Е.А. Ланцев // Руководство для врачей. СПб., 2006. – 228 с.
2. Сидорова И.С. Физиология и патология родовой деятельности / И.С. Сидорова. – М.:МЕДпресс, 2000. – 22 с.
3. Холматов Б.Т. Возможности использования β-адреноблокаторов при обезболивании родов / Б.Т. Холматов, Ким Ен Дин // Материалы III Всероссийской междисциплинарной научно-практической конференции.– СПб., – 2005. – С. 248-251.

Отримано 23.03.10