

УДК 617.55: 618.5

UDC 617.55: 618.5

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ. РЕГИОНАРНАЯ АНЕСТЕЗИЯ

Музыченко Валерий Петрович

ANESTHESIA MANAGEMENT IN DELIVERY. THE REGIONAL ANESTHESIA

Muzychenko Valeriy Petrovich

Григорьев Сергей Валентинович

Grigoriev Sergey Valentinovich

Киреев Игорь Александрович

МУЗ Г.Б. №2 «КМЛДО», Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Kireev Igor Aleksandrovich

Municipal public health institution, City hospital # 2 "KMLDO", Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia

В статье отражено анестезиологическое обеспечение родоразрешения, особенности регионарных методик и их безопасность

In the article the anesthesia management of delivery, the features of regional anesthesia methods and its safety are shown

Ключевые слова: РОДОРАЗРЕШЕНИЕ, ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ, СПИНАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ, ОСЛОЖНЕНИЯ АНЕСТЕЗИИ

Keywords: DELIVERY, EPIDURAL ANESTHESIA, SPINAL ANESTHESIA, ANESTHESIA COMPLICATIONS

Анестезиологическая служба Перинатального центр существует с момента организации родильного дома №5 г. Краснодара в 1983 г. и была представлена в виде анестезиологической группы. В том же году были произведены первые 6 операций кесарева сечения. В 1987 г. образовано отделение анестезиологии и реанимации №1 (ОАР №1). С момента образования ОАР №1 и по настоящее время в отделении сохраняется схема единой анестезиолого-реанимационной службы, благодаря которой, при постоянном дефиците врачей и медсестер, возможно обеспечить работу 19 рабочих мест анестезиологов и 3 постов палат интенсивной терапии за счет ротации и взаимозаменяемости кадров. Такой тип организации работы в отделении позволяет вырабатывать единую тактику ведения как наркозов, так и больных в палатах интенсивной терапии.

С 1990 г. Перинатальный центр выполняет функции Краевого перинатального центра. Это означает, что наиболее сложные в диагностическом и лечебном плане больные со всего Краснодарского края концентрируются в МУЗ Городская больница №2 Перинатальный центр. Так, доля иногородних родильниц до 2000 г. составляла 20-25% от числа всех родивших в год, то после 2000 г. доля иногородних родильниц из года в год растет и достигла в 2008 г. 53,4%. Успешное вынашивание, родоразрешение беремен-

ных с тяжелой акушерской и тяжелой экстрагенитальной патологией обеспечивается использованием всех имеющихся лечебно-диагностических ресурсов МУЗ Городская больница №2. Во внедрении современных высокоэффективных методик лечения и диагностики, в решении сложных клинических задач неоценимую роль играет профессорско-преподавательский состав Кубанского государственного медицинского университета. ОАР №1 является клинической базой для кафедры анестезиологии и реаниматологии. Одной из основных задач выполняемых ОАР №1 является анестезиологическое обеспечение родоразрешения.

Целью данного исследования является анализ анестезиологического обеспечения родоразрешения с применением регионарной анестезии у беременных и рожениц при родоразрешении в МУЗ Городская больница №2 Перинатальный центр.

Материалы и методы: Тип исследования - ретроспективный. Использовались ежегодные отчеты заместителя главного врача по акушерской помощи и заведующего отделением анестезиологии и реанимации №1 за период с 1983 по 2008 г.

Результаты и обсуждение.

Все возрастающую интенсивность работы Перинатального центра и ОАР №1 отмечают в своих ежегодных отчетах как заведующий ОАР №1, так и заместитель главного врача по акушерской помощи. Если общее количество родов в 1983 г. составляло только 170, то в 2008 г. оно составило 7 573 родов, а за 25 лет в стенах Перинатального центра родоразрешены 96 290 женщины. Наглядно отражена динамика роста количества родов из года в год на рисунке 1.

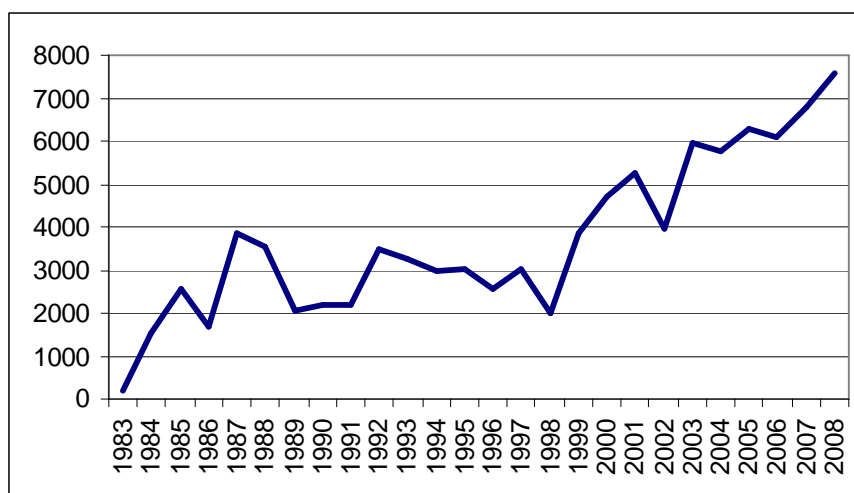


Рисунок 1. Динамика количества родов в перинатальном центре за 25 лет (1983-2008 гг.).

Динамика роста количества и структура анестезиологических пособий отражена в таблице 1. Обращает внимание, что постепенно изменились взгляды анестезиологов на метод выбора анестезиологического пособия. Так, если в 2001 г. при оперативном родоразрешении преобладала общая анестезия - 80% всех операций проводились под общей анестезией, то к 2008 г. соотношение радикально изменяется - в 75% случаев оперативного родоразрешения применяются регионарные методики обезболивания. Предпочтение отдается проведению длительной эпидуральной анестезии (ДЭА) с катетеризацией эпидурального пространства, что позволяет дозировать выраженность эффекта сегментарной блокады и ее длительность (Музыченко В.П. и соавт., 2008). Предоставляется возможность адекватного послеоперационного обезболивания. Выполнение ДЭА для анестезиологического обеспечения самостоятельных родов позволяет отказаться от внутривенных анестетиков и гипнотиков при выполнении болезненных манипуляций, что снижает анестезиологические риски (Сергиенко В.И. и соавт., 2003).

Таблица 1 - Количество анестезиологических пособий в родах за период 2001-2008 гг.

Годы	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
общее количество родов	5275	3946	5962	5746	6277	6089	6784	7573
количество к/с	1229	1021	1550	1524	1569	1592	1909	2052
Общая анестезия при к/с	989	836	1173	1165	1105	838	732	593
эпидуральная анестезия при к/с	240	185	377	359	451	754	1229	1390
сочетанная анестезия					120	68	74	110
спинальная анестезия при к/с					13	19	54	48
эпидуральная анестезия при самостоятельных родах	339	243	527	383	349	431	461	1298
опиаты в родах	141	74	66	32	42	25		

Показания к эпидуральной анестезии выставляются совместным решением акушера-гинеколога и анестезиолога-реаниматолога. Получение информированного согласия пациентки обязательно. Учитываются абсолютные и относительные противопоказания в проведении регионарной анестезии, индивидуально определяется соотношение польза/риск в каждом индивидуальном случае (Полушин Ю.С., 2004). В последнее время все больше женщин во время беременности получают терапию антикоагулянтами - как для лечения тромбофилии, так и после коррекции кардиальной хирургической патологии. Минимизировать риск осложнений регионарной анестезии на фоне применения антикоагулянтов позволяет следование протоколам (Согомонян К.А. и соавт., 2008).

Уровень катетеризации эпидурального пространства обычно Th_X-Th_{XII}, используются качественный расходный материал с иглой Tuохи 18G и низкотравматичные эпидуральные катетеры. Из местных анестетиков применяются лидокаин для выполнения тест-дозы, ропивакаин (Наропин) для обеспечения анестезии (Бунятян А.А. и соавт., 2006); бупивакаин не применяется. Предпочтение отдается «медленному» развитию эпидурального

блока путем медленного/ступенчатого введения через микрофильтр. Для усиления эффекта в качестве адъюванта применяется только фентанил 50-100 мкг эпидурально в смеси основного анестетика. Проведение интенсивной волюмической коррекции (сбалансированными кристаллоидными и коллоидными растворами) соответственно изменениям гемодинамики позволило безболезненно отказаться от методики преинфузии, при этом снижения среднего артериального давления более чем на 25% от исходного практически не наблюдается.

Спинальная анестезия применялась только при операциях кесарева сечения. Применяли тонкие спинальные иглы, в качестве местного анестетика Маркаин Спинал. Несмотря на то, что за пять лет было проведено 193 спинальных анестезии для проведения операции кесарева сечения, осложнений спинальной анестезии в виде возможных гипотензии, тотального спинального блока, постпункционной головной боли (в среднем частота 1-2%), парестезий, брадикардии, тошноты, рвоты, диспноэ, инфекционных осложнений не наблюдалось. Вместе с тем, по нашему мнению, для проведения операции кесарева сечения предпочтительно выполнение эпидуральной анестезии, что позволяет осуществлять адекватную аналгезию в послеоперационном периоде.

Из рисунка 2 видно, что, несмотря на увеличение абсолютного числа выполняемых регионарных анестезий, количество их осложнений не превышает 1% и имеет тенденцию к снижению. Следует отметить, что за период 1983-2008 гг. серьезных осложнений регионарной анестезии (смерть, асистолия, судороги, травма спинного мозга или корешков, синдром конского хвоста, параплегия) отмечено не было, при этом их частота составляет 0,09% (Auroy Y. et al., 1997).



Рисунок 2. Динамика количества регионарных анестезий и их осложнений за период 2001-2008 гг.

При проведении длительной эпидуральной анестезии наиболее частым осложнением был постпункционный синдром вследствие непреднамеренного повреждения твердой мозговой оболочки эпидуральной иглой Tuохи 18G. Проведение стандартной интенсивной терапии этого осложнения обычно позволяет купировать его в течение 2-4 суток. Обострение корешкового синдрома в послеродовом периоде у рожениц с исходным остеохондрозом грудного отдела позвоночника и болевым синдромом за 8 лет наблюдали в 5 случаях. Техническая неудача, повлекшая развитие неэффективного эпидурального блока, была отмечена в 5 случаях. В 2 случаях наблюдали «мозаичность» блока. В 3 случаях, несмотря на отсутствие технических трудностей, положительную пробу с потерей сопротивления, развития нейраксиальной блокады не наблюдалось в течение более 20 минут. В таких случаях переходили к проведению общей комбинированной анестезии с ИВЛ.

Заключение.

Анестезиологическое обеспечение родоразрешения с применением эпидуральной анестезии можно считать «золотым стандартом». Широкое внедрение и рутинное применение регионарных методик в акушерстве позволяет повысить эффективность и снизить количество осложнений анестезиологического обеспечения.

Литература.

1. Бунятян А.А, Мизикова В.М. Рациональная фармакоанестезиология. // Руководство для практикующих врачей. - М.: Литтерра, 2006. - 800 с.
2. Музыченко В.П., Киреев И.А. Обезболивание родов в Краснодаре. // Вестник интенсивной терапии. - 2008. - Приложение к №5. - С. 25-27.
3. Полушин Ю.С. Руководство по анестезиологии и реаниматологии. - С.-Пб. - Военно-медицинская академия, 2004.
4. Сергиенко В.И., Киреев И.А., Серебренников П.О. Длительная эпидуральная анестезия как метод лечения дискоординации родовой деятельности. // Материалы научно-практической конференции «Актуальные проблемы охраны здоровья матери и ребенка», Краснодар-Анапа, 16-17 октября 2003. - С. 137-138
5. Сергиенко В.И., Киреев И.А., Денисова Е.В. Применение длительной эпидуральной анестезии в лечении рожениц с гестозом средней и тяжелой степени. // Материалы научно-практической конференции «Актуальные проблемы охраны здоровья матери и ребенка», Краснодар-Анапа, 16-17 октября 2003. - С. 139-139
6. Согомонян К.А., Григорьев С.В., Заболотских И.Б. Безопасность регионарной анестезии на фоне применения антикоагулянтов. Анализ национальных протоколов. // Регионарная анестезия и лечение острой боли. - 2008. - Т. II. - №4- С. 5-10.
7. Auroy Y., Narchi P., Messiah A. Serious complications related to regional anesthesia // Anesthesiology. 1997. Vol. 87. P. 479-486.