

НАЙЕФЕКТИВНІШІ МЕТОДИ ЗНЕБОЛЮВАННЯ ПОЛОГІВ

НАЙЕФЕКТИВНІШІ МЕТОДИ ЗНЕБОЛЮВАННЯ ПОЛОГІВ. Нами розглянуто методи знеболювання, найактуальніші у наш час, які широко застосовуються для знеболювання пологів в усьому світі. Найефективнішою є пролонгована комбінована спиноепідуральна анестезія, оскільки вона забезпечує достатній рівень знеболювання та відсутність моторного блоку, сприяє прискоренню відкриття шийки матки та дає більш тривалий знеболювальний ефект.

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ. Нами были рассмотрены методы обезболивания, наиболее актуальные в наше время и широко применяемые для обезболивания родов во всем мире. Наиболее эффективна пролонгированная комбинированная спинноэпидуральная анестезия, она обеспечивает достаточный уровень обезболивания, отсутствие моторного блока, способствует ускорению открытия шейки матки и дает более длительный обезболивающий эффект.

THE MOST EFFECTIVE METHOD OF CHIDBIRTH PAIN RELIEF. We have discussed methods of anesthesia that are most relevant in our time and are worldwide used for labor pain relief. The most effective method is a combined prolonged back epidural anesthesia as it provides the adequate level of anesthesia and no motor block promotes significantly accelerated opening of the cervix and gives a longer analgesic effect.

Ключові слова: спиноепідуральна анестезія, знеболювання пологів, шийка матки.

Ключевые слова: спинноэпидуральная анестезия, обезболивание родов, шейка матки.

Key words: back epidural anesthesia, pain relief of labor, cervix.

ВСТУП. Від самого початку розвитку акушерської анестезіології тривають пошуки найоптимальнішого способу аналгезії пологового акту. Знеболювання пологів – одне з основних завдань акушерської анестезіології та має велике практичне значення. Головною умовою, що визначає найраціональніший спосіб знеболювання пологів, є принцип індивідуального підходу з урахуванням психоемоційного стану роділлі, акушерської ситуації (термін вагітності, тривалість пологового акту), наявності екстрагенітальної патології, віку жінки, внутрішньоутробного стану плода. В Америці, Канаді, Європі прийнято повністю знеболювати пологи, позбавляючи жінку пологових страждань. Там вважають, що жінка не повинна відчувати негативні емоції, коли дає життя іншій людині. Для цього використовують метод епідуральної анестезії. У деяких країнах пологи під ЕПА складають близько 70 % (Франція, США), в інших країнах категорично не використовують цей метод (Голландія, Швеція тощо).

У даній роботі було розглянуто методи знеболювання пологів, що мають найбільшу актуальність у наш час і широко застосовуються в усьому світі. Проаналізовано та обґрунтовано ефективність різних методик.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Для визначення найдосконалішого методу знеболювання було проведено клінічне дослідження на базі Сумського обласного перинатального центру. Відповідно до поставлених задач, за період з 2013 по 2014 рік було досліджено 120 роділь віком від 20 до 35 років: 20–25 років – 22 жінки (48,88 %), 26–30 років – 18 жінок (40 %), старше 31 року – 5 жінок (11,12 %). Для дослідження було відібрано 3 групи роділь, численність кожної групи – 40 жінок: 1 група – жінки, котрим проводилась епідуральна анестезія;

2 група – жінки, котрим проводилось знеболювання за допомогою пролонгованої комбінованої спиноепідуральної анестезії.

3 група – жінки, котрі для зменшення больових відчуттів при пологах застосовували немедикаментозні методи знеболювання (контрольна група).

Для визначення рівня больових відчуттів використовували суб'єктивну оцінку роділлі, опитування. Нами була розроблена шкала оцінювання, за допомогою якої жінки визначали рівень знеболювання при пологах, який відмічали на шкалі за допомогою різних кольорів та цифр. Кожна з опитаних жінок повинна була якомога точніше вибрати цифру, що найбільше відповідає інтенсивності больових відчуттів, хоча цей критерій є досить суб'єктивним. Для визначення об'єктивних даних використовували оцінку прогресування пологової діяльності згідно з партограмою, даними внутрішнього та зовнішнього акушерського дослідження, психоемоційний стан, поведінку роділлі, АТ, пульс, дані КТГ плода.

Статистичну обробку отриманих даних проводили параметричними методами з використанням комп'ютерних статистичних програм із застосуванням варіаційно-статистичного методу аналізу отриманих результатів за допомогою персонального комп'ютера IBM PC Intel Celeron 566 MHz та прикладної програми роботи з електронними таблицями Microsoft Excel 2007 в середовищі Windows 2007. Статистичну обробку матеріалу проводили методом варіаційної та парної статистики, а також застосовували метод відмінності з використанням t-критерію Стьюдента. Отримані результати вважали вірогідними, якщо коефіцієнт достовірності p , який знаходили за таблицею Стьюдента, був меншим 0,05.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. У результаті власного клінічного дослідження

було оцінено больові відчуття до процедури, через 5 хв, 30 хв, 1 год після процедури знеболювання, швидкість розкриття шийки матки та наявність моторного блоку, результат пологів.

1 група: 40 жінок:

– біль перед процедурою – оцінювали як 7 балів – 7 жінок (17,5 %), як 8 балів – 8 жінок (20 %), як 9 балів – 21 жінка (52 %), як 10 балів – 4 жінки (10 %);

– через 5 хв після проведення знеболювання – оцінювали як 7 балів – 9 жінок (22,5 %), як 8 балів – 10 жінок (25 %), як 9 балів – 21 жінка (52,5 %);

– через 30 хв – оцінювали як 1 бал – 26 жінок (65 %), як 2 бали – 9 жінок (22,5 %), як 3 бали – 3 жінки (7,5 %), як 4–6 балів – 2 жінки (5 %);

– через 1 год – оцінювали як 7 балів – 21 жінка (52,5 %), як 6 балів – 16 жінок (40 %), як 5 балів – 3 жінки (7,5 %).

Погіршення стану після процедури не відмічалось.

Розкриття шийки матки перед процедурою: 100 % жінок – 4 см, через 1 год: 26 жінок (65 %) – 10 см., 9 жінок (22,5 %) – 7–8 см, 5 жінок (12,5 %) – 5–6 см.

Моторний блок (тобто неможливість вільно пересуватися, приймати вільні позиції в пологах після процедури) – «+».

Результативність пологів: пологи завершилися через природні пологові шляхи у 38 жінок (95 %), 2 жінки (5 %) мали слабкість I періоду пологів, 2 пологи (5 %) завершилися шляхом кесарського розтину: 1 пологи (2,5 %) з приводу дистресу плода, 1 пологи (2,5 %) з приводу клінічно вузького таза. Усі породіллі у задовільному стані, немовлятам показане сумісне перебування (100 %).

2 група: 40 жінок:

– 40 (100 %) жінок – біль перед процедурою – оцінювали як 7 балів – 6 жінок (15 %), 8 балів – 12 жінок (30 %), як 9 балів – 19 жінок (47,5 %), як 10 балів – 3 жінки (7,5 %);

– через 5 хв – оцінювали як 2 бали – 18 жінок (45 %), як 3 бали – 12 жінок (30 %), як 4 бали – 7 жінок (17,5 %), як 5 балів – 3 жінки (7,5 %);

– через 30 хв – оцінювали як 1 бал – 24 жінки (60 %), як 2 бали – 10 жінок (25 %), як 3 бали – 4 жінки (10 %), як 4 бали – 2 жінки (5 %);

– через 1 год – оцінювали як 1–3 бали – 27 жінок (67,5 %), як 4–6 балів – 13 жінок (32,5 %).

Розкриття шийки матки перед процедурою – 4 см, через 1 год: 10 см – 27 жінок (67,5 %), 7–8 см – 10 жінок (25 %), 5–6 см – 3 жінки (7,5 %).

Моторний блок « – ». Результативність: 9 жінок (97,5 %) – розродження консервативним шляхом; 1 жінка (2,5 %) – кесарський розтин – у результаті дистресу плода; слабкість I періоду пологів з подальшим підсиленням пологової діяльності шляхом введення окситоцину – 3 жінки (7,5 %). Всі діти на сумісному перебуванні, всі жінки в задовільному стані (100 %).

3 група: 40 жінок:

– до застосування тактики – зміни положення тіла, вільних позицій у пологах, теплої душу тощо – оцінювали як 7 балів – 4 жінки (10 %), як 8 балів – 26 жінок (65 %), як 9 балів – 6 жінок (15 %), як 10 балів – 4 жінки (10 %);

– після застосування немедикаментозних методів знеболювання – 19 жінок (47,5 %) не відчули зменшення больових відчуттів взагалі (враховуючи початковий стан);

– 9 жінок (22,5 %) – відзначили незначне зменшення болю, до 6–7 балів;

– 11 жінок (30 %) – зменшення больових відчуттів до 5 балів.

Розкриття шийки матки перед процедурою – 4 см, через 1 год: 28 жінок (70 %) – 5 см, 9 жінок (22,5 %) – 6–7 см, 3 жінки (7,5 %) – 8–9 см.

Результативність: 38 жінок (95 %) – розродження консервативним шляхом; 2 жінки (5 %) – кесарський розтин: 1 пологи (2,5 %) з приводу дистресу плода, 1 пологи (2,5 %) з приводу вторинної слабкості пологової діяльності. Усі породіллі у задовільному стані, немовлятам показане сумісне перебування (100 %).

ВИСНОВКИ. Проведене нами дослідження засвідчило, що немає достовірної залежності методики знеболювання та результативності пологів, про що свідчить частота кесарського розтину від 2,5 до 5 % у всіх групах. На підставі результатів дослідження можна зробити висновок, що серед методів знеболювання пологів, які ми вивчали, найефективнішою є пролонгована комбінована спиноепідуральна анестезія, яка забезпечує достатній рівень знеболювання та відсутність моторного блоку, достовірно прискорює відкриття шийки матки та дає більш тривалий знеболювальний ефект.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ полягають у поглибленні вивчення побічної дії та проблем, які можуть виникати при використанні медикаментозного знеболювання пологів, негативного впливу ЕПА та комбінованої спиноепідуральної анестезії на систему мати – плацента – плід та віддалених наслідків.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Акушерско-гинекологическая помощь : руководство для врачей / под ред. В. И. Кулакова. – М. : МЕДпресс, 2000. – 512 с.
2. Акушерство / Б. М. Венцовский, И. Б. Венцовская, Л. Б. Гутман ; под ред. Б. М. Венцовского, Г. К. Степанковской, Н. Е. Яроцкого. – К. : ВСИ «Медицина», 2010. – 448 с.
3. Акушерство : национальное рук-во / под ред. Э. К. Айламазяна, В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1200 с.

4. Акушерство / за ред. В. І. Грищенко, М. О. Щербини. – К. : Медицина, 2009. – 408 с.
5. Акушерство: учебник / [Г. М. Савельева, В. И. Кулаков, А. Н. Стрижов и др.] ; под ред. Г. М. Савельевой. – М. : Медицина, 2000. – 816 с.
6. Акушерство и гинекология. Практикум : учеб. пос. – Ростов н/Д : Феникс, 2007. – 416 с.
7. Акушерство і гінекологія : підручник : у 2-х кн. Кн. 1 : Акушерство / за ред. В. І. Грищенко, М. О. Щербини. – К. : ВСВ «Медицина», 2011. – 424 с.

Отримано 24.03.15