

Осложнения эпидуральной анальгезии в родах

А. Ф. Котельник¹, О. Орёл¹, Д. Н. Сертинян², В. Котельник¹

1. Государственный университет медицины и фармакологии имени Николая Тестемицану, г. Кишинев, Молдова

2. Бендерская центральная городская больница Г.У., г. Бендеры, Молдова

Конфликт интересов: отсутствует

РЕЗЮМЕ. Эпидуральная анальгезия при родах является одним из самых популярных методов обезболивания. Катетер устанавливается в эпидуральное пространство в поясничном отделе позвоночного столба с последующим введением препаратов, устраняющих болевые ощущения в нижней части передней брюшной стенки, а также в родовых путях. Одним из преимуществ эпидуральной анестезии является то, что пациентка остается в сознании на протяжении всей родовой деятельности, но боли при этом не испытывает.

В данной статье рассмотрены наиболее часто встречающиеся осложнения эпидуральной анальгезии в родах, а также методы их лечения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: эпидуральная анальгезия, акушерство, осложнения.

Complications of Epidural Anesthesia during Labor

A. Kotelnik¹, O. Orel¹, D. Sertinyan², V. Kotelnik¹

1. Nikolai Testemitanu State University of Medicine and Pharmacology, Chisinau, Moldova

2. Benders central city hospital G.U., Bender, Moldova

Conflict of interest: none

ABSTRACT. Epidural anesthesia during childbirth is one of the most popular methods of pain relief. The catheter is installed in the epidural space in the lumbar spinal column, followed by the introduction of drugs, eliminating pain in the lower part of the anterior abdominal wall, as well as the birth canal. One of the advantages of epidural anesthesia is that the patient remains conscious throughout her labor, but does not feel pain.

In this article, we will look at the most common methods of epidural anesthesia in labor, as well as methods for their treatment.

KEY WORDS: epidural anesthesia, obstetrics, complications.

Ускладнення епідуральної анальгезії в пологах

О. Ф. Котельник¹, О. Орел¹, Д. Н. Сертинян², В. Котельник¹

1. Державний університет медицини та фармакології імені Миколи Тестемицану, м. Кишинів, Молдова

2. Бендерська центральна міська лікарня Д.У., м. Бендери, Молдова

Конфлікт інтересів: відсутній

РЕЗЮМЕ. Епідуральна анальгезія при пологах є одним з найпопулярніших методів знеболення. Катетер встановлюється в епідуральний простір у поперековому відділі хребетного стовпа з подальшим введенням препаратів, що знімають больові відчуття в нижній частині передньої черевної стінки, а також у родових шляхах. Однією з переваг епідуральної анестезії є те, що пацієнтка залишається у свідомості протягом усієї родової діяльності, але болю при цьому не відчуває. У статті розглянуто ускладнення епідуральної анальгезії, які найчастіше відбуваються в пологах, а також методи їх лікування.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: епідуральна анальгезія, акушерство, ускладнення.

DOI: 10.32902/2663-0338-2019-2-38-40

КЛИНИЧНИЙ ДОСВІД

Введение. Эпидуральное обезболивание входило в клиническую практику значительно медленнее, чем спинальная анестезия, что было обусловлено более сложной техникой его выполнения. Поначалу широкое распространение получила только сакральная анестезия, при которой местный анестетик вводился в крестцовый отдел эпидурального пространства. Однако развитие техники анестезии и появление новых, более безопасных, препаратов позволили расширить показания к применению методов регионарной анестезии и, в частности, эпидуральной анестезии. В 1920 году испанец Пажес сообщил о новом методе – сегментарной анестезии, под которой он выполнял самые различные вмешательства, включая холецистэктомию и даже гастрэктомию. Спустя 10 лет (1930 год) итальянец Долиотти сообщил о 100 случаях перидуральной анестезии. В СССР первым эпидуральную анестезию применил Б.Н. Хольцов в 1933 году. Практическое значение этого метода стало быстро возрастать после разработки техники катетеризации эпидурального пространства. Катетеризация эпидурального пространства и продленная эпидуральная анестезия значительно облегчили проблему послеоперационного обезболивания, сделав возможным включение эпидуральной анестезии в состав комбинированного общего обезболивания и улучшив защиту организма от операционной травмы. Продленная регионарная анестезия позволила отказаться от лечебного наркоза у больных с выраженным некупирующимся болевым синдромом.

Материалы и методы. В нашей клинике широко используются нейроаксиальные методы обезболивания, а именно эпидуральная анальгезия родов. Под нейроаксиальной анальгезией подразумевается блокада болевой чувствительности при сохранении или незначительном угнетении остальных видов чувствительности и мышечного тонуса [1].

Для нас наиболее удобной и рациональной классификацией осложнений нейроаксиального обезболивания является схема, предложенная в публикации Е.М. Шифмана и Г.В. Филиповича [1]:

I. Ранние осложнения, возникающие непосредственно при проведении нейроаксиального обезболивания:

1. Технические проблемы во время пункции эпидурального или субарахноидального пространства.
2. Проблемы, связанные с качеством и продолжительностью нейроаксиального блока.
3. Кожный зуд.
4. Тошнота и рвота, обусловленные:
 - гипоксией головного мозга;
 - преобладанием активности парасимпатической нервной системы;
 - побочным действием адъювантов;
 - сочетанным воздействием вышеперечисленных факторов.
5. Нарушения дыхания:
 - высокий моторный блок и тотальная спинномозговая анестезия;
 - депрессия дыхательного центра, вызванная опиоидами и седативными препаратами;
 - ишемия дыхательного центра.
6. Нарушения кровообращения:
 - брадикардия и артериальная гипотония;
 - остановка сердца;
 - вазовагальное синкопальное состояние;
 - аритмии.
7. Аллергические реакции.

II. Поздние осложнения:

1. Неврологические и травматические осложнения:
 - постпункционная головная боль;
 - транзиторные неврологические расстройства;
 - синдром конского хвоста;
 - ишемические нарушения спинного мозга;
 - задержка мочи;
 - травматическое повреждение корешков спинного мозга;
 - травматическое повреждение спинного мозга;
 - гематомы спинномозгового канала;
 - боль в спине, связанная с повреждением связочного аппарата.
2. Септические осложнения:
 - спондилиты;
 - эпидуральный абсцесс;
 - менингит;
 - арахноидит;
 - активация латентной герпетической инфекции.

III. Отдаленные последствия осложнений методов нейроаксиального обезболивания:

- асептический арахноидит;
- субарахноидальные и интрамедуллярные кисты;
- объемные образования.

Нами были проанализированы 200 случаев эпидуральной анальгезии в родах. Были исключены случаи, которые закончились кесаревым сечением. В 100 случаях обезболивание проводилось гипобарическим раствором лидокаина, в остальных – гипобарическим раствором бупивакаина. После инфузии 500 мл изотонического хлорида натрия (хотя некоторые авторы считают это нецелесообразным) проводились пункция и катетеризация перидурального пространства на уровне LII-LIII или LI-LII по общепринятой методике.

При применении раствора лидокаина использовались микродозы адреналина. Во всех случаях в качестве адъювантов применялся фентанил 0,1 мг.

В 92 (46 %) случаях проводилось дополнительное введение анестетика при более продолжительной родовой деятельности или при проведении малых хирургических мероприятий (ушивание разрывов, ручной либо инструментальный контроль полости матки и т. д.)

Одним из наиболее часто встречающихся осложнений при использовании бупивакаина была артериальная гипотония (114 (57 %) случаев), которая нами расценивалась как понижение артериального давления от исходного на 25 % и более. Клинические проявления наступали примерно через 7-12 минут после введения препарата. Коррекция проводилась внутривенной инфузией микродоз эфедрина или норэпинефрина, а также дексаметазона. Через 4-5 минут артериальное давление приходило в норму. Тахикардия появлялась в случае обезболивания лидокаином за счет использования следов адреналина в качестве адъюванта и проходила самостоятельно через 5-10 минут.

Брадикардия встречалась в 84 (42 %) случаях при обезболивании бупивакаином. Коррекция осуществлялась при помощи парентерального введения атропина.

В 22 (11 %) случаях отмечались боли в области пункции, которые были купированы использованием нестероидных противовоспалительных средств (НПВС).

КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД

Головные боли отмечались на второй день. В одном случае боль была обусловлена перфорацией твердой мозговой оболочки с последующей катетеризацией спинального пространства и введением 4 мг бупивакаина. Катетер в данном случае был использован в качестве заглушки и был удален спустя сутки. На протяжении 4 суток женщина соблюдала строгий постельный режим, в течении первых 48 часов получала перорально обильное количество жидкости, а также парентерально раствор кофеина, дексаметазон и кетопрофен. На 5-е сутки пациентка выписана без головных болей.

В другом случае имел место высокий спинальный блок, который клинически проявился асистолией и остановкой дыхания через 6-7 минут после введения бупивакаина. Пациентка была интубирована, реанимационные мероприятия были проведены согласно протоколу. После стабилизации через 10 минут была выполнена экстренная

операция кесарева сечения. В дальнейшем проводилось лечение постреанимационной болезни в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии. На 10-е сутки родильница вместе с ребенком были выписаны без каких-либо остаточных явлений.

Выводы

1. Эпидуральная анальгезия в родах должна проводиться в условиях, максимально приближенных к операционным.

2. Осложнения при проведении эпидурального обезболивания в родах чаще всего возникают в первые 10-15 минут после введения анестетика.

3. При проведении своевременной корригирующей терапии или реанимационных мероприятий возникшие осложнения могут быть ликвидированы без последствий.

Литература

1. Избранные лекции по регионарной анестезии и лечению послеоперационной боли. 2006-2009 [Текст] / под ред. А. М. Овечкина, Е. С. Горобца, Е. М. Шифмана. Петрозаводск: ИнтелТек групп, 2011. 550 с.

2. Сулов В.В., Хижняк А.А., Тарабрин О.А., Фесенко У.А., Фесенко В.С. Эпидуральная анестезия и анальгезия: Монография / под ред. В.В. Сулова. Харьков: СИМ, 2011. 256 с.
3. Clive Collier. Epidural Anaesthesia: Images, Problems and Solutions. 1st Edition. CRC Press, 2011. 152 p.
4. Миллер Р. Анестезия Рональда Миллера. СПб.: Человек, 2015. 1662 с.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT AUTHORS:

Котельник А.Ф.

Доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии Государственного университета медицины и фармакологии имени Николая Тестемицану. 165, бул. Штефан чел Маре, г. Кишинев, Молдова.

Сертинян Д.Н.

Главный врач Бендерской центральной городской больницы. 146, ул. Бендерского Восстания, г. Бендеры, 3200, Молдова.

Котельник В.

Врач анестезиолог-реаниматолог высшей категории. Кафедра анестезиологии и реаниматологии Государственного университета медицины и фармакологии имени Николая Тестемицану. 165, бул. Штефан чел Маре, г. Кишинев, Молдова.

Орел О.

Врач-интерн кафедры анестезиологии и реаниматологии ГУМФ им. Н. Тестемицану. 165, бул. Штефан чел Маре, г. Кишинев, Молдова.

Kotelnik A F.

Associate professor of the department of anesthesiology and intensive care Nicolae Testemițanu State University of Medicine and Pharmacy. 165 Shtefan chel Mare boulevard, Chisinau, Moldova.

Sertinyan D.N.

Chief Doctor of Bender central city hospital. 146 Bendery Uprising St., Bender, 3200, Moldova.

Kotelnik V.

Anesthetist-resuscitator of the highest category. Department of anesthesiology and intensive care Nicolae Testemițanu State University of Medicine and Pharmacy. 165 Shtefan chel Mare boulevard, Chisinau, Moldova.

Oriol O.

Intern doctor of the department of anesthesiology and intensive care Nicolae Testemițanu State University of Medicine and Pharmacy. 165 Shtefan chel Mare boulevard, Chisinau, Moldova.

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ / CORRESPONDENCE TO:

Сертинян Дмитрий Никифорович

Факс: 0-552-63140

E-mail: bendery-hospital@yandex.ry

DOI: 10.32902/2663-0338-2019-2-38-40