

Оптимизация послеоперационного обезбоживания при абдоминальном родоразрешении

И. А. Ловков, В. Н. Щипунов

МУЗ «Родильный дом», Северодвинск

Optimizing analgesia after caesarian delivery

I. A. Lovkov, V. N. Shipunov

Severodvinsk Maternity hospital

Представлены результаты исследования, включавшего 120 родильниц, перенесших операцию кесарева сечения в условиях спинномозговой анестезии. Целью исследования являлась оценка качества обезбоживания после кесарева сечения сочетанием внутривенного введения парацетамола и инфильтрации краев операционной раны раствором ропивакаина с адьювантами. Результаты исследования показали, что такая методика послеоперационного обезбоживания обеспечивает полноценное и безопасное преодоление болей, раннюю мобилизацию и адаптацию родильниц в послеродовом периоде. *Ключевые слова:* инфильтрация, парацетамол, ропивакаин.

It represents a study of 120 parturients undergoing caesarian section under spinal anesthesia. The aim of this study was an assessment of postoperative analgesia obtained by combination of wound infiltration with ropivacain plus adjuncts and i. v. administration of paracetamol. The results of our work demonstrate that the suggested combined analgesia is associated with adequate and safe pain relief, earlier maternal ambulation and recuperation in postpartum period. *Key words:* infiltration, paracetamol, ropivacain.

Значимость защиты родильницы от боли после операции кесарева сечения (КС) трудно переоценить. Полноценное обезбоживание в этот период позволяет раньше активизировать пациентку и дать ей возможность ухаживать за новорожденным, ускорить заживление операционных швов и послеродовую инволюцию матки, предупредить развитие лохиометры и пареза кишечника, гнойно-воспалительных и тромбоэмболических осложнений. В настоящее время доминирующим принципом послеоперационного обезбоживания признана мультимодальная анальгезия. Одновременное назначение двух или более анальгетиков или методов анальгезии позволяет достичь лучшего болеутоления при минимуме побочных эффектов.

Адекватность обезбоживания после КС может быть достигнута различными способами в зависимости от метода интраоперационной анестезии.

После общей анестезии (ОА) интенсивная боль развивается почти сразу же при пробуждении, и для ее купирования необходимо, как правило, системное применение наркотических анальгетиков (НА) с последующим переходом на введение

нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и/или перфалгана. Недостатки использования опиоидов общеизвестны. Кроме того, рациональное назначение этих препаратов ограничивают Госнаркконтроль, Росздравнадзор и прочие государственные институты, проверяющие, регулирующие и контролирующие оборот наркотиков в лечебных учреждениях. Современный высокотехнологический способ введения опиатов – контролируемая пациентом анальгезия (КПА) – остается труднодоступным из-за высокой стоимости модулей для КПА и из-за проблем учета и списывания НА. Несколько снижает насущность проблемы анальгезии после ОА факт все менее заметной роли наркоза при КС (в нашем отделении – не более 5%). Приоритет регионарной анестезии/анальгезии в акушерстве очевиден.

Комбинированная спинально-эпидуральная анестезия (КСЭА) в последние годы часто позиционируется как суперметод, т. к. сочетает достоинства обоих методов и обеспечивает полноценную, сколь угодно длительную интра- и послеоперационную анестезию и анальгезию. Однако КС является относительно малотравматичным

и кратковременным хирургическим вмешательством, выполняемым в большинстве случаев (около 70%) по срочным показаниям. Исходя из здравого прагматизма, КСЭА в этих условиях представляется менее приемлемой, нежели СА: последняя выполняется проще, быстрее, выглядит рентабельнее.

Наиболее актуальная проблема – обезболивание родильниц, оперированных именно в условиях СА, поскольку этот метод анестезии используется при подавляющем большинстве плановых и срочных операций абдоминального родоразрешения. Послеоперационный болевой синдром, возникающий после окончания действия спинального блока, характеризуется умеренной интенсивностью, что позволяет купировать его системным введением комбинации НПВП и НА. В течение многих лет мы практиковали традиционное болеутоление родильниц в послеоперационном периоде внутримышечным введением анальгина или кеторола три раза в сутки, дополняя эту схему по требованию пациентки промедолом или морфином. Побочным результатом рутинного подхода были нередкая неадекватность обезболивания, а также избыточная седация и поздняя мобилизация родильниц, иногда – развитие у них пареза кишечника и субинволюции матки. Трудноодолимый характер перечисленных недостатков и осложнений мотивирует к пересмотру парадигмы послеоперационного болеутоления, к применению препаратов и методов обезболивания с различным механизмом действия.

Рациональным сочетанием антиноцицептивных средств системного и регионарного действия считается внутривенное введение парацетамола и местная анестезия операционной раны раствором ропивакаина.

Инфильтрация краев операционной раны раствором ропивакаина предотвращает развитие боли в течение 3–4 ч. Для потенцирования и пролонгирования анальгетического эффекта используется добавление к основному раствору МА адъювантных препаратов. Применяется как однократная инфильтрационная анальгезия (single shot), так и продленное введение МА с катетеризацией операционной раны. Поскольку КС не отличается высокоинтенсивным и длительным послеоперационным болевым синдромом, необходимость катетерной методики не вполне убедительна.

Парацетамол является эффективным и безопасным неопиоидным анальгетиком, лишенным

побочных свойств НА и НПВП: депрессивного влияния на ЦНС, на инволюцию матки и моторику ЖКТ, ulcerогенного, нефротоксического и антитромбоцитарного действия.

Цель нашего исследования: подтвердить, как соотносится с действительностью прокламируемое достоинство – повышение качества обезболивания после КС сочетанием внутривенного введения парацетамола и инфильтрации краев операционной раны раствором ропивакаина с адъювантами.

Материалы и методы

Клинический материал исследования составили 120 родильниц в возрасте от 18 до 39 лет, перенесших операции КС при беременности сроком 39–40 нед. Функциональное состояние всех пациенток соответствовало I–II классу по шкале ASA. Критерием включения в исследование было отсутствие у них акушерской и экстрагенитальной патологии в стадии декомпенсации, а также патологической или критической кровопотери. В плановом порядке оперированы 34 беременные женщины, по срочным показаниям – 86 беременных и рожениц. Длительность КС составила в среднем 36 мин. Пациентки случайным образом были разделены на две группы в зависимости от избранной методики послеоперационного обезболивания. Группы не отличались по возрасту, антропометрическим характеристикам, сроку гестации, классу по шкале ASA, срочности, объему и продолжительности операции.

В обеих группах выполняли СА на уровне L₂–L₃ иглой типа Pencil Point 27G в положении на левом боку, интратекально вводили бупивакаин (маркаин спинал хэви, AstraZeneca) в дозе 11,75+1,75 мг. В основной группе (n=60) в качестве компонентов схемы обезболивания использовали инфильтрационную анальгезию и системное введение парацетамола. Инфильтрацию ушиваемой операционной раны выполняли оперировавшие акушеры – послойно-внутрибрюшинно, под апоневроз, подкожно. Раствор для введения готовили ex tempore, смешивая в стерильном шприце 10 мл 0,75% ропивакаина (наропин, AstraZeneca), 1 мл 0,01% клофелина и 2 мкг/мл адреналина. Вторым компонентом обезболивания в основной группе была инфузия внутривенной формы парацетамола (перфалган, Bristol-Myers Squibb) по 1 г четыре раза в сутки. В контрольной группе для послеоперационного обезболивания использовали

внутримышечные инъекции кеторолака тропаметамина (кеторола) по 30 мг три раза в сутки. Промедол по 20 мг «по требованию» пациентки вводили в обеих группах.

Качество послеоперационной анальгезии оценивали по интенсивности болевого синдрома в покое и при активации родильницы с использованием стомиллиметровой визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), по необходимости введения НА в ответ на просьбу пациентки, а также по удовлетворенности пациенток качеством обезболивания. Кроме того, в исследуемых группах оценивали общий расход промедола, а также отслеживали частоту побочных реакций и послеоперационных осложнений. Все оперированные родильницы находились в палате интенсивной терапии (ПИТ) в течение первых послеоперационных суток, после чего их переводили в послеродовое отделение. В ПИТ проводилась ранняя мобилизация пациенток: через 4–6 ч после операции женщине предлагали сесть в постели, еще через час-два она начинала ходить. Энтеральное питание после операции временными рамками не ограничивали.

Результаты

Применение инфльтрационной анальгезии в купе с инфузией парацетамола существенно улучшило качество обезболивания после КС. В течение всех первых суток послеоперационного периода у родильниц основной группы отмечались достоверно более низкие оценки по ВАШ в покое и при активации (рис. 1 и 2). При этом качественное обезболивание у 51 (85%) пациентки основной группы достигнуто без назначения НА, тогда как в контрольной группе 58 (96,6%) пациенток нуждались в дополнительном использовании наркотического анальгетика. В целом послеоперационное обезболивание как «хорошее» оценили 57 родильниц основной группы, как «удовлетворительное» – 3 и как «неудовлетворительное» – 0; в контрольной группе соответственно 17, 34 и 9 пациенток. Осложнений и побочных эффектов послеоперационного периода в основной группе не выявлено. У 2 рожениц контрольной группы отмечался озноб, у 5 – тошнота и рвота и у 9 – нарушение моторики кишечника.

Не наблюдалось ни одного системного или местного осложнения, обусловленного непосредственным выполнением инфльтрационной анальгезии.

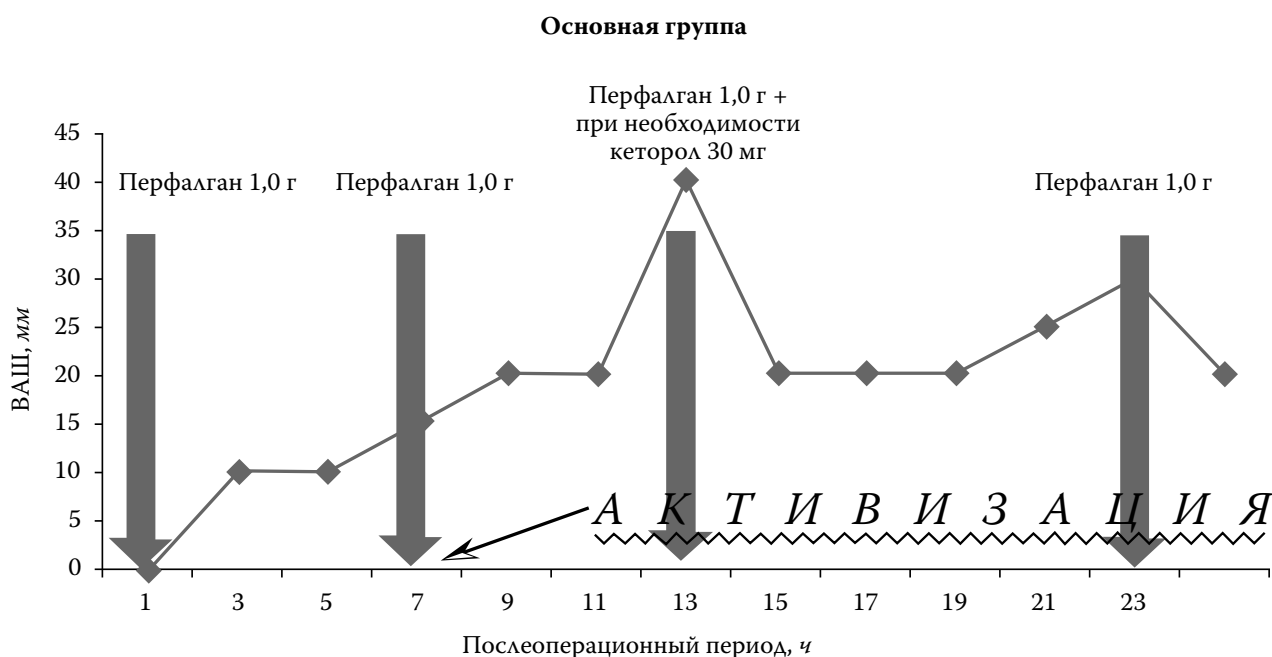


Рис. 1. Оценка боли по ВАШ в первые сутки после оперативного родоразрешения

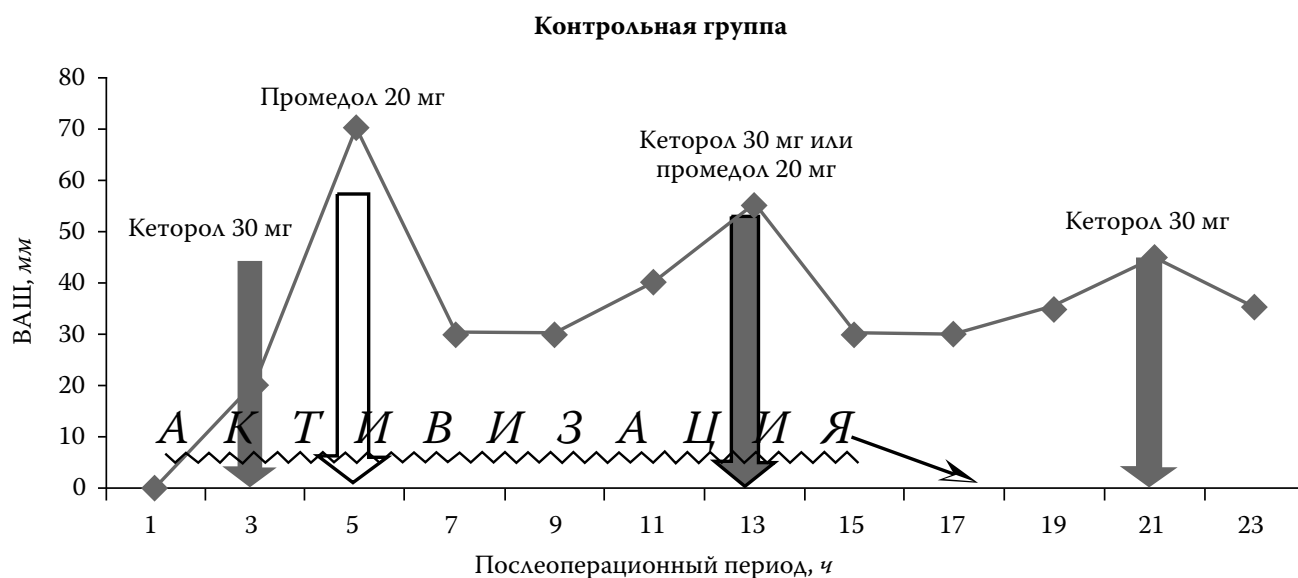


Рис. 2. Оценка боли в первые сутки после оперативного родоразрешения

Выводы

Синергия локальной инфильтрационной анальгезии операционной раны ропивакаином во время операции КС и инфузии парацетамола в первые сутки после операции обеспечивает полноценное и безопасное преодоление болей, раннюю

мобилизацию и адаптацию родильниц в послеоперационном периоде. Недостаточное количество наблюдений не позволяет считать метод оптимальным для оперативного акушерства, но конкурентоспособность и рациональность его применения не вызывают сомнений.

Литература

1. Антипин Э. Э., Мазуров Г. И., Уваров Д. Н. и др. Протокол периоперационного обезбоживания при операции КС // 3-й Беломорский симпозиум «Актуальные проблемы анестезиологии и интенсивной терапии». Архангельск, 2009.
2. Николаев В. В. Мультимодалная концепция как основной принцип послеоперационного обезбоживания // 2-й Беломорский симпозиум «Актуальные проблемы анестезиологии и интенсивной терапии». Архангельск, 2009.
3. Овечкин А. М., Свиридов С. В. Послеоперационная боль и обезбоживание: современное состояние проблемы // Региональная анестезия и лечение острой боли. Т. I, № 0. 2006.
4. Уваров Д. Н., Земцовский М. Я. Продленное введение местных анестетиков в операционную рану с целью обезбоживания: «Стоит ли игра свеч?» // 2-й Беломорский симпозиум «Актуальные проблемы анестезиологии и интенсивной терапии». Архангельск, 2009.



Филиппович Г. В., Андреев А. А., Атласов В. О.
Обезболивание родов

Несмотря на постоянно возрастающую популярность нейроаксиальных методов обезбоживания родов, некоторые вопросы, связанные с оптимальным применением этих методов, по-прежнему волнуют многих специалистов. В этом мультимедиаиздании авторы впервые пытаются рассмотреть ряд аспектов применения эпидуральной анальгезии как с позиции анестезиолога, так и с точки зрения акушера.

2008 г. Цена: 170 руб.

<http://www.critical.ru/shop>