

Ретроспективный анализ результатов субъективной оценки родильницами качества интра- и послеоперационного обезболивания операций кесарева сечения, проведенных в условиях спинномозговой анестезии

В. А. Леонов¹, К. С. Лопатченко²

¹ Ногинский родильный дом Филиала МУЗ «Ногинская центральная районная больница»
(главный врач МУЗ «Ногинская центральная районная больница»
д. м. н. С. А. Лившиц; главный врач Ногинского родильного дома Филиала
МУЗ НЦРБ заслуженный врач РФ Л. А. Куликова), Ногинск;
² ФГУ Филиал 32 Центрального Военно-Морского клинического госпиталя
(начальник Филиала 32 ЦВМКГ А. П. Исаев), Ногинск-9

The retrospective analysis of the results of subjective estimation of intra- and postoperative analgesia
qualities in cesarean sections under spinal anesthesia by puerperants

V. A. Leonov¹, K. S. Lopatchenko²

¹ *Noginsk maternity hospital of Branch MHA «Noginsk central regional hospital» (S. A. Livshits, M.D., the head doctor of MHA
«Noginsk central regional hospital»); L. A. Kulikova, Honoured physician of Russia, the head doctor of Noginsk maternity hospital), Noginsk;*
² *FGA Branch 32 Central Naval clinical hospital (A. P. Isaev, the head of Branch 32 CNCH), Noginsk-9*

В 2005 г. в Ногинском роддоме закончился этап освоения нейроаксиальных методов анестезии, и они стали основными в работе отделения анестезии роддома в последующие годы. Показатели работы роддома и отделения анестезии представлены в таблице.

Показатели работы Ногинского роддома и отделения анестезии в 2005–2007 гг.

Показатели работы	2005	2006	2007
Количество родов за год	1792	1683	1862
Количество операций кесарева сечения	233	259	338
Частота оперативного родоразрешения, %	13,29	15,34	18
Количество операций кесарева сечения, выполненных в условиях спинномозговой анестезии	131	189	285
Частота операций кесарева сечения, выполненных в условиях спинномозговой анестезии, %	56,7	72,9	84,3

Материалы и методы

С целью дальнейшего улучшения качества пребывания больных в послеоперационном периоде был организован почтовый опрос пациенток, которым операции кесарева сечения проводили в условиях спинномозговой анестезии. Опрос проводился среди женщин, оперированных в Ногинском роддоме за период 2005–2007 гг.

Общее количество анкет, разосланных по почте, составило 605. В течение трех месяцев были получены ответы от 95 пациенток. Более 60% корреспонденции возвращено почтой в связи с переменной места жительства адресатов. Остальные женщины ответов не дали.

Обезболивание операций всем этим пациенткам проводили по единой методике. Пункцию твердой мозговой оболочки осуществляли на уровне L₂–L₃ иглой калибром 27 G (типа Pencil, B. Braun) через интродьюсер калибром 22 G. Для спинномозговой анестезии применяли 0,5% раствор маркаина спинал хэви (AstraZeneca) 12,5 мг. Осложнений при проведении анестезии и в послеоперационном периоде получено не было.

Послеоперационное обезболивание осуществляли по единой методике. На операционном столе за 30 мин до окончания операции проводили инфузию перфалгана (1000 мг). Общая суточная доза перфалгана составляла 4 г. Через 1 ч после окончания операции внутримышечно вводили омнопон (20 мг) и димедрол (10 мг). Эту же комбинацию препаратов назначали на ночь в той же дозе.

В промежутках между введениями перфалгана внутримышечно вводили кетонал (Lek) в общей

суточной дозе 300 мг. В дополнение к используемым препаратам были применены диклофенак внутримышечно по 75 мг дважды в сутки и ректальные свечи с индометацином по 0,1 г 3 раза в сутки.

Время нахождения пациенток в восстановительной палате составляло в среднем 24 ч. Активизация родильниц начиналась с 7 ч утра следующего дня после операции.

Результаты

Результаты исследования представлены в образце анкеты, которая рассылалась пациенткам:

№	Вопросы	Да	Нет
		Абс. число, %	Абс. число, %
1	Я хотела «присутствовать» (быть в сознании) во время родов (операции)	90/94,7	5/5,3
2	Я хотела сразу увидеть своего ребенка	93/97,9	2/2,1
3	Перед анестезией (наркозом) я боялась, что не смогу проснуться после операции (родов)	31/32,6	64/67,4
4	Я владела информацией (от знакомых, соседей по палате, данным литературы и т. п.) о проводимой анестезии (наркозе)	70/73,7	25/26,3
5	Я испытывала неприятные ощущения (угнетенное состояние, страх, беспокойство и т. п.) в начале анестезии (наркоза)	41/43,2	54/56,8
6	Я испытывала неприятные ощущения (угнетенное состояние, страх, беспокойство и т. п.) во время анестезии (наркоза)	27/28,5	68/71,5
7	Я испытывала неприятные ощущения (угнетенное состояние, страх, беспокойство и т. п.) после анестезии (наркоза)	21/22,1	74/77,9
8	Я ощущала состояние комфорта после анестезии (наркоза)	67/70,5	28/29,5
9	Мне было больно после операции (родов)	41/43,2	54/56,8
10	Беспокоила тошнота (рвота) после операции (родов)	3/3,2	92/96,8
11	Быстрое и длительное обезболивание после операции	75/78,9	20/21,1
12	Мне понравилась анестезия (наркоз)	82/86,3	13/13,7
13	Эта анестезия (наркоз) мне понравилась больше, чем предыдущие (если таковые имелись)	36/80	9/20
14	Если возникнет необходимость, я выберу точно такую же анестезию (наркоз)	85/89,5	10/10,5

Выводы

1. Желание рожениц «быть в сознании и присутствовать на своих родах» является доминирующим из всех пожеланий пациенток в опрошенной группе.
2. По-прежнему сохраняется настороженность пациенток родильного дома «не проснуться после общей анестезии».
3. По сравнению с нашими данными до 2005 г. значительно возросла информированность пациенток о нейроаксиальных методах анестезии.
4. Проблемой проведения спинномозговой анестезии операции кесарева сечения остается «синдром позиционного дискомфорта», который в условиях операций в общей хирургии или гинекологии достаточно легко можно купировать введением бензодиазепинов.
5. Сохранение неприятных ощущений у пациенток во время операции кесарева сечения в значительной степени обусловлено мануальными навыками членов хирургической бригады

- и специфическими особенностями их оперативной техники.
6. Состояние «комфорта» во время операции с каждым годом испытывают большее количество пациенток Ногинского роддома, однако в будущем возможно появление исковых заявлений в связи с отсутствием «комфорта» в послеоперационном периоде, что некоторые пациентки могут расценивать как неадекватность анестезии или ее некачественное проведение.
 7. Сохраняется проблема недостаточной эффективности мультимодального обезболивания в послеоперационном периоде, что, возможно, потребует подключения для принятой схемы послеоперационного обезболивания дополнительного компонента в виде эпидуральной анальгезии.
 8. Послеоперационный период у большинства опрошенных пациенток протекал без явлений дискомфорта со стороны желудочно-кишечного тракта.
 9. Большинству опрошенных пациенток спинномозговая анестезия понравилась больше общей анестезии, и они, безусловно, предпочтут ее при следующих оперативных родоразрешениях. Случаи отказа в дальнейшем от спинномозговой анестезии мотивированы в основном неприятными ощущениями после введения кетамина, к которому мы вынуждены были прибегать на этапе ревизии и осушения брюшной полости излишне агрессивными в техническом отношении хирургическими бригадами.
 10. Раздел анкеты «Пожелания» в основном содержал пожелания от пациенток 2005 г. предоставлять в дальнейшем больше информации о данном виде анестезии, что было нами осуществлено в последующие годы работы; благодарности анестезиологам, анестезисткам и надежды на повторные встречи во время следующих родоразрешений.



Стеклопозвоночник. Что вы должны знать о спинномозговой анестезии (DVD-фильм). Под ред. Е. М. Шифмана

«Стеклопозвоночник» – это название наглядного демонстрационного эксперимента, который позволяет Вам увидеть и понять то, что обычно скрыто от глаз анестезиолога, выполняющего спинальную анестезию. В фильме рассматриваются факторы, влияющие на распространение местного анестетика в субарахноидальном пространстве.

2006 г. Цена: 170 руб.

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