

# **Протокол ведения послеоперационного периода при операции кесарева сечения**

Тихоокеанский государственный медицинский университет  
КГБУЗ «Находкинская городская больница»  
СП «Родильный дом»  
Калинин А.Л.

«НАХОДКИНСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА»

П Р И К А З

31 августа 2012 г.

№ 526-2 - ОД

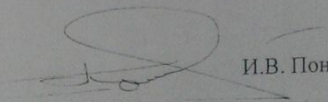
Об улучшении качества анестезиологической помощи  
в СП «Родильный дом»

С целью улучшения качества анестезиологической помощи и интенсивной терапии беременным, роженицам и родильницам в СП «Родильный дом»

ПРИКАЗЫВАЮ:

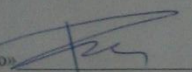
1. Утвердить «Протоколы анестезиологической помощи и интенсивной терапии в акушерстве» (далее – Протоколы)
2. Зав. отделением анестезиологии-реанимации СП «Родильный дом» Самойлику К.А.
  - 2.1 Принять к исполнению Протоколы  
**Срок – с 01.09.2012г.**
  - 2.2 Обеспечить неукоснительное выполнение Протоколов врачами анестезиологами-реаниматологами СП «Родильный дом».
3. Начальнику СП «Родильный дом», главному специалисту КГБУЗ «Находкинская ГБ» по анестезиологии и реаниматологии Калинину А.Л.
  - 3.1 Проводить выборочный анализ медицинской документации на предмет соответствия оказанной анестезиологической помощи и интенсивной терапии Протоколам. **Срок – ежемесячно**
4. Контроль исполнением настоящего приказа возложить на начальника СП «Родильный дом» Калинина А.Л.

Главный врач



И.В. Понитаев

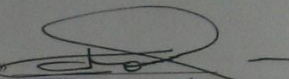
«Согласовано»



Главный внештатный анестезиолог –  
реаниматолог Приморского края  
Смирнов Г.А.

«    »    2012 г.

«Утверждаю»



Главный врач КГБУЗ НГБ Понитаев И.В.  
« 31 » августа 2012 г.



**Протоколы анестезиологической помощи  
и интенсивной терапии в акушерстве**

КГБУЗ «Находкинская городская больница»  
СП «Родильный дом»

2012 год

# Fast track surgery

«Fast track хирургия сочетает различные методы, используемые в уходе за пациентами, подвергшимися некоторым операциям. Это комбинация эпидуральной или региональной анестезии, малоинвазивной оперативной техники, оптимального послеоперационного обезболивания и агрессивной послеоперационной реабилитации, включающей в себя раннее энтеральное питание и физическую активизацию. Комбинация этих подходов уменьшает стресс-ответ и органную дисфункцию и, таким образом, значительно сокращает время, необходимое для полного восстановления.»

Douglas W Wilmore, *Frank Sawyer professor of surgery a*,  
Henrik Kehlet, *professor of surgery b*.

«Management of patients in fast track surgery» *BMJ* 2001;322:473-476

# Концепция ведения послеоперационного периода по принципам Fast track surgery

1. Адекватное обезболивание
  - анестезиологическое пособие
  - послеоперационная анальгезия
2. Малоинвазивная оперативная техника
3. Раннее энтеральное питание
4. Ранняя физическая активизация

# Адекватное обезболивание

- Назначение НПВС с момента премедикации (preemptive analgesia)
- Плановое назначение НПВС + парацетамол в послеоперационном периоде
- Регионарную (проводниковую) анестезию (анальгезию) необходимо применять всегда, когда к ней нет противопоказаний
- Оценка боли в послеоперационном периоде по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) в покое и при кашле с индивидуальным подбором обезболивания

# **Адекватное обезболивание**

## **Визуально-аналоговая шкала оценки боли**

0 баллов – нет боли

1-2 балла – незначительная боль

3-4 балла – боль средней силы

5-6 баллов – сильная боль

7-8 баллов – очень сильная боль

9-10 баллов – нестерпимая боль

**Обезболивание считается адекватным, если боль покое не превышает 2 баллов, а при кашле и движении 4 баллов**

## **Контролируемая пациентом анальгезия (РСА)**

- продленная в/венная (опиоидами)
- продленная региональная

## **Контролируемая медперсоналом анальгезия**

- в/мышечная, в/венная (опиоидами)
- продленная в/венная (опиоидами)
- региональная анальгезия (продленная, периодическая)

# Методика продленной эпидуральной анальгезии

1. Болюсное введение 15 – 20 мл 0,2 % наропина с 50 – 100 мкг фентанила.
2. Повторение болюсного введения при усилении болевого синдрома, либо установка непрерывной инфузии 0,2 % наропина с фентанилом (2 мкг/мл) и адреналином (2 мкг/мл) дозатором с подбором скорости введения, при которой уровень боли не превышает 2 баллов по ВАШ в покое и 4 баллов при кашле и движении.
3. Мониторинг уровня боли, выраженности моторного блока, параметров гемодинамики, сознания, дыхания.



# TAP - block

Билатеральное введение по 20 мл 0,5 % наропина в межфасциальное пространство между внутренней косой и поперечной мышцами живота под УЗ навигацией.

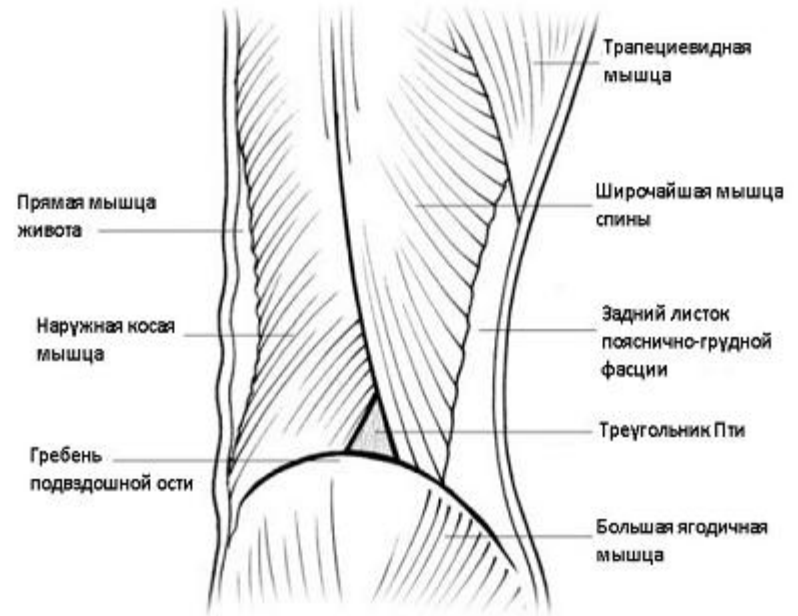


Рисунок 3. Мышечные слои брюшной стенки

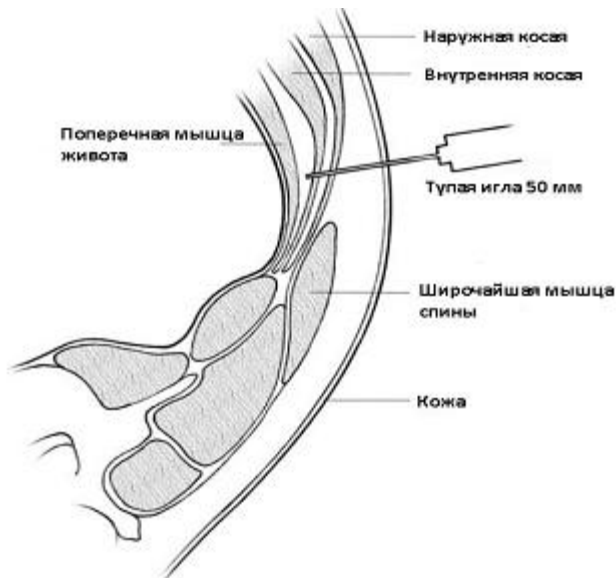


Рисунок 4. Положение иглы при TAP-блоке

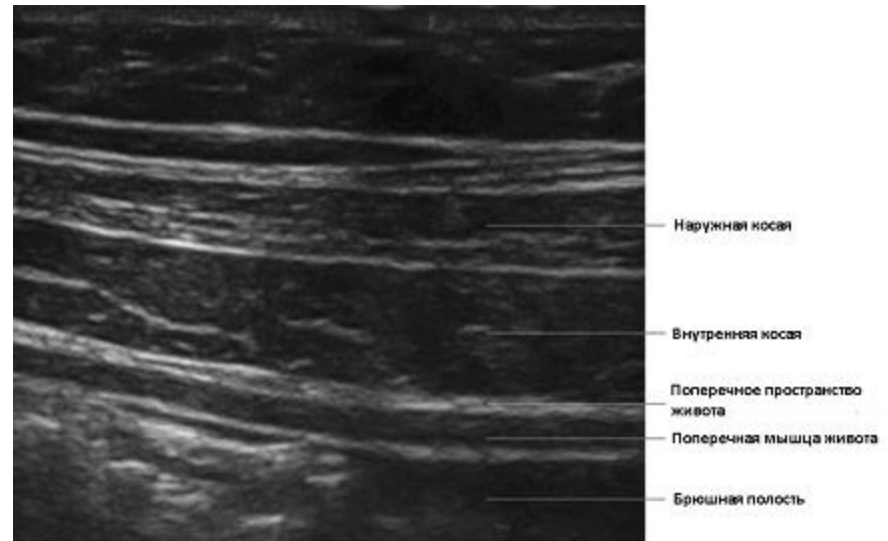


Рисунок 5. Сонографический контроль TAP-блока

# Методика продленной в/в анальгезии морфином

1. В/в болюсное введение по 3-5 мг с интервалом 5 мин. до достижения уровня боли 3-4 балла по ВАШ
2. Установка непрерывной инфузии морфина (1 мг/мл) дозатором с подбором скорости введения, при которой уровень боли не превышает 2 баллов по ВАШ в покое и 4 баллов при кашле и движении.
3. Мониторинг уровня боли, сознания, дыхания, параметров гемодинамики с коррекцией скорости введения морфина в зависимости от показателей.

# Методика продленной в/в анальгезии фентанилом

1. В/в болюсное введение по 50 мкг с интервалом 5 мин. до достижения уровня боли 3-4 балла по ВАШ
2. Установка непрерывной инфузии фентанила (10 мкг/мл) дозатором с подбором скорости введения, при которой уровень боли не превышает 2 баллов по ВАШ в покое и 4 баллов при кашле и движении.
3. Мониторинг уровня боли, сознания, дыхания, параметров гемодинамики с коррекцией скорости введения фентанила в зависимости от показателей.

# Методика продленной в/в анальгезии трамалом

1. В/в инфузия разовой дозы 100 мг за 5 – 15 мин. в зависимости от выраженности болевого синдрома.
2. Установка непрерывной инфузии трамала (10 мг/мл) дозатором с подбором скорости введения, при которой уровень боли не превышает 2 баллов по ВАШ в покое и 4 баллов при кашле и движении.
3. Мониторинг уровня боли, сознания, дыхания, параметров гемодинамики с коррекцией скорости введения трамала в зависимости от показателей.

# Раннее энтеральное питание

«Энтеральное питание способно обеспечивать всасывательную функцию слизистой оболочки тонкой кишки и участвовать в сохранении защитного барьера, отделяющего патогенные микроорганизмы кишечника от системной циркуляции. Такие непитательные эффекты могут быть настолько же важны, как и трофическая функция энтерального питания»

P.I. Marino. The ICU Book, 1998

# Раннее энтеральное питание (кесарево сечение)

- Питье без ограничения сразу после операции
- Начало энтерального питания адаптированными смесями, куриный бульон, 1 % кефир через 5 - 6 часов после операции.
- 1 послеоперационный день – стол № 0
- 2 послеоперационный день – стол № 15
- Отказ от рутинного применения стимуляции кишечника и очистительных клизм

# Ранняя физическая активизация (кесарево сечение)

Операционный день (ранний послеоперационный период):

- повороты в постели после операции при появлении физической возможности
- через 6 часов после операции разрешается сидеть на постели, вставать (первый раз - с помощью персонала), ходить по палате

Первый послеоперационный день:

- полное восстановление способности к самообслуживанию и уходу за ребенком, самостоятельное передвижение по палате, выход в коридор
- отказ от рутинной в/в инфузионной терапии

Перевод из ПИТа в послеродовую палату совместного пребывания возможен через 10-12 часов после операции

III Всероссийская междисциплинарная научно-практическая  
конференция

## **Критические состояния в акушерстве и неонатологии**

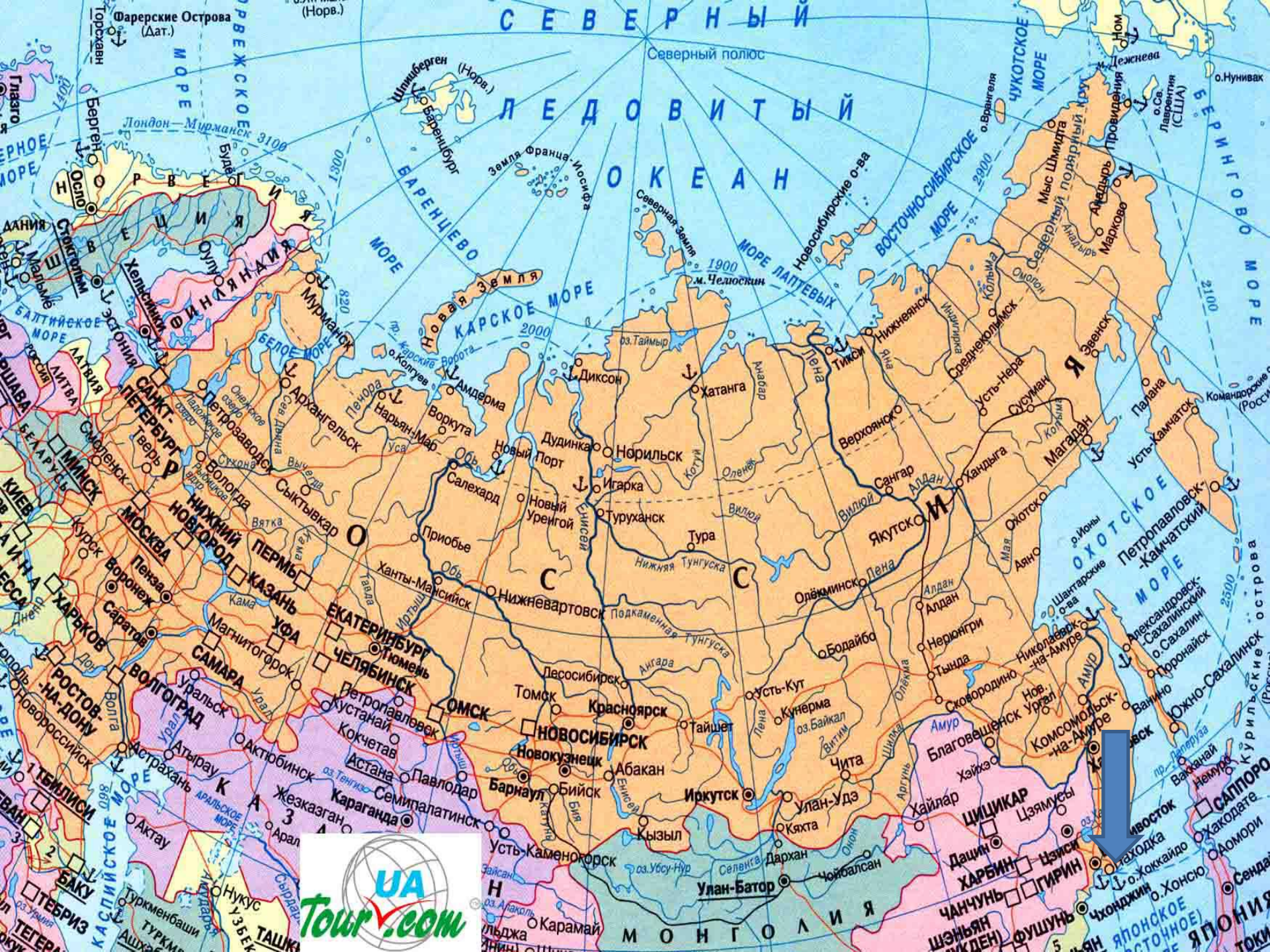
**23-26 мая 2005 г., г. Петрозаводск**



**Оптимизация интенсивной  
терапии родильниц после  
операции кесарево сечение**

**Городской родильный дом г.Находка  
Калинин А.Л.**





**Благодарю за внимание!**

