

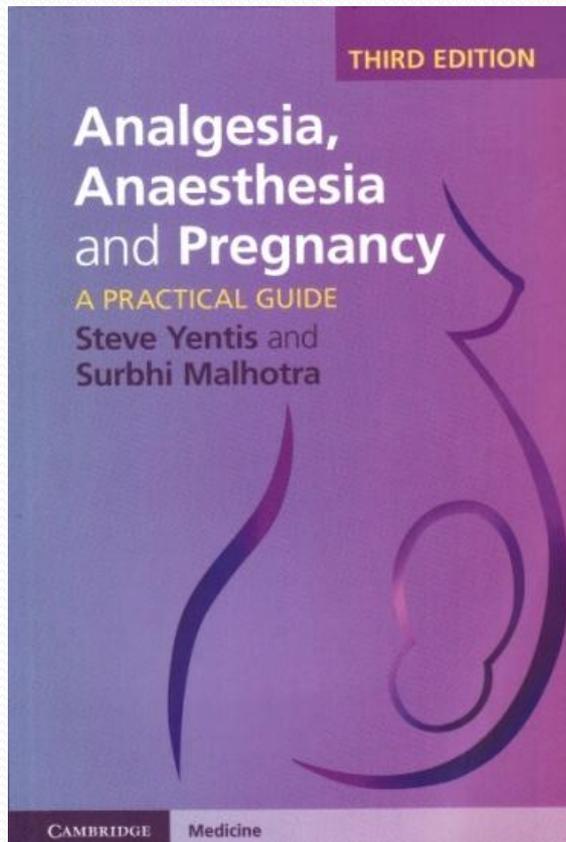


РЕГИОНАРНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В АКУШЕРСТВЕ

Рязанова О.В.

**Кафедра анестезиологии –
реаниматологии и неотложной педиатрии
СПб ГПМУ**

АКТУАЛЬНОСТЬ



- 50% женщин испытывают сильную или очень сильную боль в родах.
- Боль испытываемая женщинами во время родов считается самой сильной, уступает только травматической ампутации или каузалгии.

S.Yentis, S.Malhotra.
Analgesia, anaesthesia and pregnancy, 2013

КРЕДО АКУШЕРСКОЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ

«Роды у многих женщин чрезвычайно болезненны. К сожалению, это единственная ситуация, когда боль считается приемлемой обществом, хотя в руках врача есть достаточно безопасные способы ее устранения»

Американская Коллегия акушеров-гинекологов
и Американское сообщество анестезиологов, Park Ridge, 1992

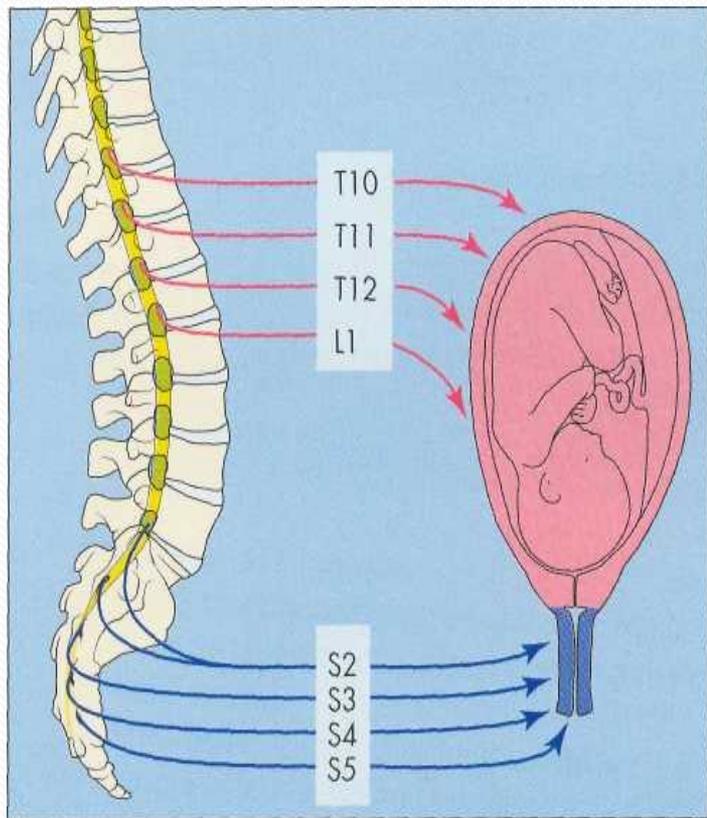
Обезболивание родов является одной из основных проблем для дискуссии среди анестезиологов, акушеров-гинекологов и неонатологов.

ТРЕБОВАНИЯ, ПРЕДЪВЛЯЕМЫЕ К МЕТОДАМ АНЕСТЕЗИИ/АНАЛЬГЕЗИИ В АКУШЕРСТВЕ

- Обеспечение адекватной анестезии/анальгезии для роженицы
- Безопасность
- Отсутствие угнетающего действия обезболивающих средств на родовую деятельность
- Наименьшее негативное влияние на состояние плода и новорожденного

Ланцев Е.А., Абрамченко А.В. Анестезия, интенсивная терапия реанимация в акушерстве. 2011.

АНАТОМИЯ



В первом периоде родов болевые импульсы, проводятся по афферентным волокнам парацервикального сплетения и подчревного нерва, смешиваясь с симпатическими эфферентами паравертебрального симпатического сплетения и входят в спинной мозг на уровне Th₁₀-L₁ сегментов.

АНАТОМИЯ

- В конце первого, во втором и третьем периодах родов боль также проводится по соматическим волокнам половых нервов, иннервирующих вагинальную поверхность шейки матки, влагалище и промежность.

- Соответственно, анальгезия в первом периоде родов может быть достигнута:
 - ✓ Парацервикальной блокадой
 - ✓ Паравертебральной блокадой
 - ✓ Нейроаксиальной блокадой

МЕТОДЫ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ/АНАЛЬГЕЗИИ

Периферическая РА:

- Блокада половых нервов
- Парацервикальная блокада
- ТАР-блок (БППЖ)

Центральная РА:

- Паравертебральная блокада
- Спинномозговая анестезия /анальгезия
- Эпидуральная анестезия /анальгезия
- Комбинированная спинно-эпидуральная анестезия

БЛОКАДА ПОЛОВЫХ НЕРВОВ

- Применяют в сочетании с инфильтрационной анестезией промежности во втором периоде родов.
- Анестетик вводят через влагалище в области прикрепления крестцово-остистых связок к седалищным остям с двух сторон.
- Часто развивается брадикардия плода, из-за высокой концентрацией МА, попадающего в кровь плода.

Рафмелл Д.П., Нил Д.М., Вискоуми К.М. Регионарная анестезия:
Самое необходимое в анестезиологии. 2007

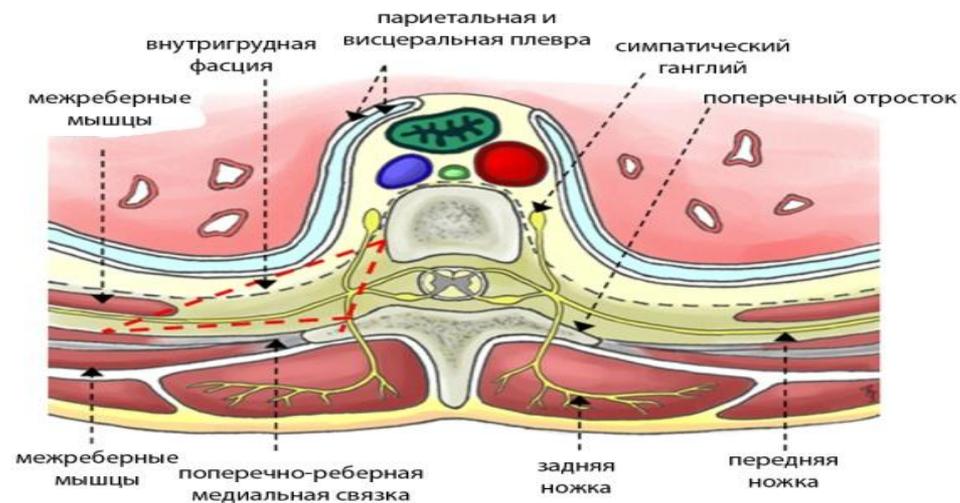
ПАРАЦЕРВИКАЛЬНАЯ БЛОКАДА

- МА → подслизистый слой влагалища.
- Блокада висцеральной сенсорной импульсации от матки, шейки матки и верхней части влагалища на уровне околошеечного сплетения.
- Высокий риск брадикардии у плода (до 33%) за счет близкого расположения маточной артерии к месту введения анестетика.

Рафмелл Д.П., Нил Д.М., Вискоуми К.М. Регионарная анестезия:
Самое необходимое в анестезиологии. 2007
Ланцев Е.А., Абрамченко А.В. Анестезия, интенсивная
терапия реанимация в акушерстве. 2011

ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ

- Хорошая анальгезия первого этапа родов
- Минимальная двигательная слабость
- Быстрое раскрытие маточного зева
- Меньшая длительность первого периода родов

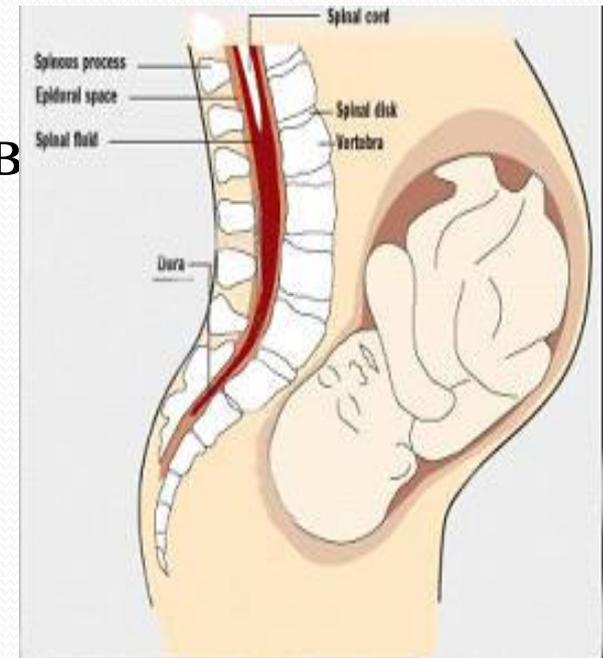


ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ

- Выраженный анальгетический и спазмолитический эффекты ЭА сочетаются с отсутствием угнетающего воздействия на функции органов дыхания, сердца, печени, почек.
- Достижение полноценного анальгетического эффекта с минимальным воздействием на организм матери и новорожденного.

УМЕНЬШЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ В МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКАХ

- Уменьшение объема эпидурального и субарахноидального пространств
- Венозный застой
- Увеличение чувствительности нервной ткани к МА под действием прогестерона.



Santos A.C., Braveman F.R., Finster M: Obstetric anesthesia.
In Barash P.G., Cullen B.F., Stoelting R.K.: Clinical Anesthesia,
pp 1152-1180. Philadelphia, Lippincott Williams, 2006

ВРЕМЯ НАЧАЛА РА

- Нет убедительных данных отрицательного влияния ранней РА (при раскрытии менее 4 см) на исход родов, частоту КС, состояние плода и новорожденного.
- Эффективные схватки на любом этапе.
- Ранняя ДЭА не удлиняет роды и не увеличивает риск оперативного родоразрешения.

Chestnut D.H. et al Anesthesiology, 1994
Wong C.A. International Journal of Women's Health, 2009

ДОПУСТИМЫЕ ИНТЕРВАЛЫ II ПЕРИОДА РОДОВ

- Первородящие:
 - до 2 часов без РА;
 - до 3 часов с РА.
- Повторнородящие:
 - до 1 часа без РА;
 - до 2 часов с РА.

Савельева Г.М. с соавт. Обезболивание родов (регионарная анальгезия).
Российский вестник акушерство-гинекология, 2003

АНАЛЬГЕЗИЯ

- Ослабление болевой чувствительности в результате фармакологического или иного воздействия, как правило, без подавления других видов чувствительности.
- **Анестезия** - потеря чувствительности в результате прекращения проведения импульса по центростремительным путям.

ФЕНОМЕН ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО БЛОКА

(1944г. – Нобелевская премия)

- Чем толще нервное волокно, тем более высока минимальная концентрация местного анестетика и тем медленнее наступает блок.
- Слабоконцентрированный раствор МА, обеспечивающий блокаду тонких нервных волокон, не способен блокировать толстые волокна.

Джозеф Эрлангер, Герберт Спенсер Гассер, 1944

ТИПЫ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН

Тип ВОЛОКОН	Диаметр МКМ	Функция
Aα	12-20	<ul style="list-style-type: none"> • Эфферентные импульсы к мышцам; • Афферентные проприоцептивные импульсы от мышц, сухожилий и суставов к спинному мозгу.
Aβ	5-12	<ul style="list-style-type: none"> • Афферентные импульсы от рецепторов прикосновения и давления.
Aγ	3-6	<ul style="list-style-type: none"> • Эфферентные импульсы к мышечным веретенам; • Афферентные импульсы от рецепторов прикосновения и давления.
Aδ	2-5	<ul style="list-style-type: none"> • Афферентные импульсы от некоторых рецепторов тепла, давления, боли.
B	<3	<ul style="list-style-type: none"> • Преганглионарные вегетативные волокна.
C	0,4-1,2	<ul style="list-style-type: none"> • Афферентные импульсы от некоторых рецепторов тепла, давления, боли; • Постганглионарные вегетативные волокна.

НИЗКОКОНЦЕНТРИРОВАННЫЕ РАСТВОРЫ МА

Селективная блокада С- и А δ - волокон



- Отсутствие моторной блокады → нет условий для слабости родовой деятельности или затягивания родов
- Отсутствие отрицательного влияния на систему кровообращения
- Значительное уменьшение общей дозы МА → снижение нейро- и кардиотоксического действия МА на организм матери и плода
- Сохранение синхронности сокращений круговых и поперечных мышечных волокон → снижение травматизма родовых путей.

ДОЗЫ МА ДЛЯ ЭА В РОДАХ

Начальная доза:

Ропивакаин 0,2% - 4,0 мл. + NaCl 0,9% - 6,0 мл.

При не эффективности - дополнительно:

ропивакаин 0,2% - 6,0 мл.

Мах доза за 4 часа – 75 мл (150 мг) или 1,5 мг/кг.

ПОСТОЯННАЯ ЭПИДУРАЛЬНАЯ ИНФУЗИЯ

➤ Увеличенный расход местного анестетика в сравнении с болюсной методикой, возможное нарастание моторного блока к началу 2 периода родов, увеличение числа дополнительных вызовов врача анестезиолога.

Wong C. A., J.T. Ratliff et al. *Anesth Analg* 2006; 102:904-909

➤ Нет существенной разницы по течению и исходам родов.

результаты РКИ *Raed Salim, et al., Obstet Gynecol* 2005;106:301–6)

➤ Дороже.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, РАЗРЕШЕННЫЕ ФАРМКОМИТЕТОМ

интратекально:

- Лидокаин 2 %;
- Бупивакаин (маркаин спинальный 0,5%, ампульная форма, простой и тяжелый);
- Ропивакаин (наропин спинальный 0,5%).

эпидурально:

- Лидокаин (в концентрации не $> 2\%$);
- Бупивакаин 0,25-0,5%;
- Ропивакаин 0,2-1%;
- Морфин;
- Промедол.

АНЕСТЕЗИЯ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ

- Анестезия как один из факторов материнской смертности в последнее время во многих странах заметно сокращается.
- Определяющую роль в этом играет, наряду с совершенствованием общей анестезии, широкое распространение регионарных методов обезболивания и использование мониторинга в операционной.

МЕТОДЫ АНЕСТЕЗИИ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ

- Тотальная внутривенная анестезия с ИВЛ
- Регионарная анестезия:
 - ✓Спинномозговая
 - ✓Эпидуральная
 - ✓Комбинированная спинно-эпидуральная

«ИДЕАЛЬНЫЙ» МЕТОД АНЕСТЕЗИИ ДОЛЖЕН ОТВЕЧАТЬ РЯДУ ТРЕБОВАНИЙ:

- Спокойное, безболезненное и быстрое воздействие
- Безопасность
- Возможность быстрого прекращения состояния
анестезии
- Применение минимума дорогостоящего
оборудования
- При анестезии не должен снижаться тонус
мышечности матки.

ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ ПРИ КС

- Определяется опытом и квалификацией анестезиологической бригады
- Степенью срочности операции
- Состоянием матери и плода
- Возможностями лечебного учреждения

АНЕСТЕЗИЯ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ

Преимущества регионарной анестезии:

- ✓ Снижение риска легочной аспирации желудочного содержимого;
- ✓ Отказ от использования препаратов, вызывающих депрессию;
- ✓ Сохранение сознания роженицы во время операции;
- ✓ Более ранняя активизация в послеоперационном периоде.

Afolayan1 J. M. et al. International Journal of Biomedical science. 2014, p. 103-110

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ РА

- Отказ пациентки от РА
- Тяжелая гиповолемия у матери (кровопотеря, шок, отслойка плаценты)
- Острый дистресс плода (выпадение пуповины, длительная брадикардия)
- Врожденные или приобретенные коагулопатии у матери с клиническими проявлениями (кровотечение, гематомы, гипокоагуляция на ТЭГ, лабораторные показатели: МНО более 1,5, АПТВ более 1,5 от нормы, фибриноген менее 1,0 г/л, количество тромбоцитов менее 70×10^9 /л)
- Системные инфекции
- Некоторые заболевания ЦНС, в первую очередь связанные с высоким внутричерепным давлением
- Заболевания сердца с фиксированным сердечным выбросом (решается совместно с кардиохирургом)

ПРИ ЛЮБОМ ВАРИАНТЕ АНЕСТЕЗИИ

- Прием твердой пищи должен быть прекращен за 6 часов до операции, прозрачных жидкостей - за 2 часа;
- Неинвазивный мониторинг (АД, ЧСС, SpO₂, ЭКГ). Интервал измерения АД до извлечения плода каждые 2 мин, после извлечения – каждые 5 мин;
- Положение женщины на операционном столе лежа на спине, матка смещена от средней линии влево, стол наклонен влево на 30° с приподнятым головным концом на 30°.

МЕТОДИКА СМА

- Начало анестезии – при полной готовности оперирующей бригады;
- Соблюдение правил асептики и антисептики;
- Уровень пункции – L_{III-IV}, L_{IV-V};
- Игла типа “Atraucan” или “Pencan” 25-27 G;
- Медленное введение через иглу местного анестетика;
- Удаление иглы со вставленным мандреном.

ДОЗЫ АНЕСТЕТИКОВ ДЛЯ СМА

Рост пациенток	Бупивакаин гипербарический 0,5% (мг)	Ропивакаин 0,5% (мг)
150 - 160 см	8 - 10	15
160 - 180 см	12	15 - 20
> 180 см	15	20 - 22,5
Начало эффекта	2–3 мин	3-5 мин

ПРЕГИДРАТАЦИЯ?

- Прегидратация кристаллоидами (250-2000,0) на некоторое время увеличивает преднагрузку и сердечный выброс, но при этом надежно не гарантирует предупреждение гипотонии.
- Через 15 после инфузии в сосудистом русле остается только 25% от введенного объема.
- Введение больших объемов (>1000 мл) по сравнению с введением 250 мл существенного преимущества не имеет.

(Buggy D., 1997)

ПРЕИНФУЗИЯ?

Преинфузия больших объемов растворов кристаллоидов также способствует секреции натрийуретического фактора, обуславливая снижение сосудистого тонуса и стимуляцию диуреза с повышенной экскрецией натрия, что негативно влияет на эффективность преинфузии.

Pouta AM, Karinen J, Vuolteenaho OJ, Laatikainen.
Effect of intravenous fluid preload on vasoactive peptide secretion during caesarean section under spinal anaesthesia.
Anaesthesia 1996. 51: 128-132

ПОСТИНФУЗИЯ!

Инфузия откладывается до интратекальной инъекции, а затем производится очень быстрая постинфузия растворами кристаллоидов
15 мл/кг/час

КУПИРОВАНИЕ ГИПОТОНИИ

- Положение Тренделенбурга (5-10°)
- Применение вазопрессоров:
 - ✓ эфедрин – 5-10 мг или
 - ✓ фенилэфрин (мезатон) – 50-100 мкг
- При брадикардии (ЧСС < 60 уд. в мин) – в/в стр
0,1% атропин 0,01 мг/кг

ШКАЛА P.R.BROMAGE

0 – способность к движениям в тазобедренном, коленном и голеностопном суставах;

1 - способность к движениям в коленном и голеностопном суставах (отсутствие способности поднять выпрямленную ногу);

2 - способность к движениям в голеностопном суставе;

3 - неспособность к движениям в тазобедренном, коленном и голеностопном суставах.

КСЭА

- Более быстрое обезболивание (5-7 мин)
- Более надежна
- Дополнительное введение анестетика

Canser E. et al. Anesthesiol. Reanim. 2006. № 2 p. 82-87.

T. O. Seyhan, M. O. Sungur¹ et al

Turk J Anaesth Reanim 2014, p. 148-150

ЭА или СМА ПРИ КС

- ЭА требует большего времени для выполнения
- Большого количества анестетика для достижения адекватной сенсорной блокады
- При ЭА снижается риск возникновения ППС
- При ЭА может быть изменен уровень анестезии дополнительным введением раствора МА

Корячкин В.А., Страшнов В.И., 2000; Кулаков В.И., 2003.

ОСЛОЖНЕНИЯ АНЕСТЕЗИИ

1. Материнская смертность:

- ✓ Чаще при проблемах с обеспечением проходимости дыхательных путей;
- ✓ Анатомические изменения при беременности повышают риск десатурации во время апноэ и гиповентиляции.

2. Легочная аспирация;

3. Артериальная гипотензия:

- ✓ При РА;
- ✓ Синдром аорто-кавальной компрессии.

ОСЛОЖНЕНИЯ АНЕСТЕЗИИ

4. Тотальная спинальная анестезия.
5. Судороги, вызванные местными анестетиками.
6. Постпункционная головная боль.
7. Повреждение нерва.

П. Дж.Барабаш, Б.Ф.Куллен, Р.К.Стэлтинг//
Клиническая анестезиология. М.: Мед. Лит., 2010. – 720 с.

В акушерстве изменение структуры
анестезий в пользу регионарных
методик позволило сократить
материнскую смертность в 15 раз.

(А. Мау, 2000 г.)

ТАКТИКА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

- При общей анестезии - прием жидкости – через 6 часов после операции, пищи не ранее чем через 12 часов – стол № 4;
- При регионарной анестезии - прием жидкости – сразу после операции без ограничения, стол №4;
- Ранняя активизация без ограничения.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

- НПВС (кетонал в/м);
- Блокада поперечного пространства живота;
- При неэффективности – наркотические анальгетики (промедол в/м).

БЛОКАДА ПОПЕРЕЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ЖИВОТА (БПЖ)

Transversus Abdominis Plane block — TAP

сенсорная блокада нижнего отдела брюшной стенки за счет введения местного анестетика в пространство, расположенное над поперечной мышцей живота (*m. transversus abdominis*).

В.М. Mishriky, R.B. George, A.S. Habib. Can J Anesth 2012, с. 766–778

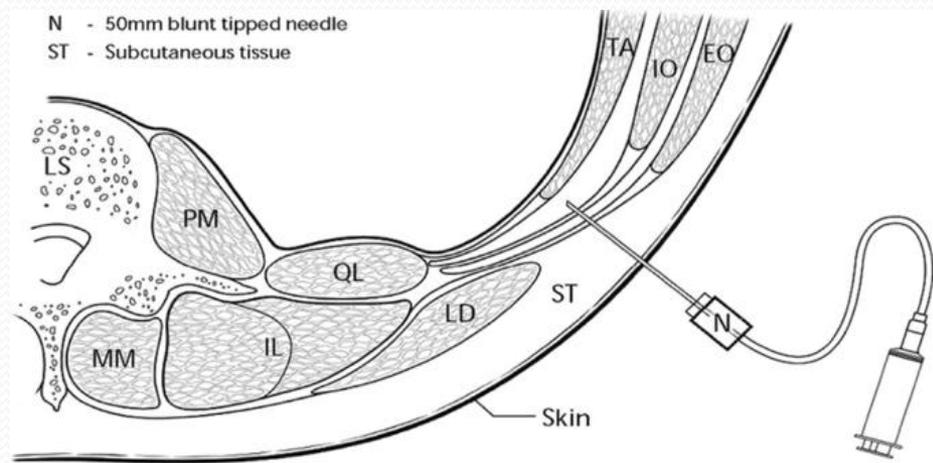
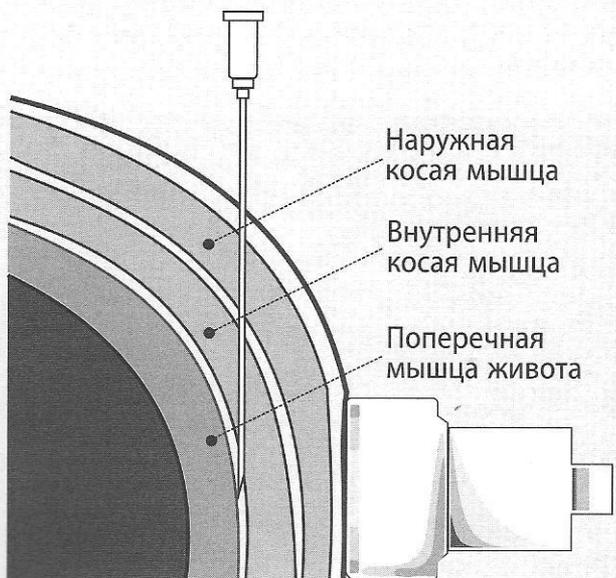
F.W. Abdallah, S.H. Halpern, C.B. Margarido British Journal of Anaesthesia, 2012, с. 679–687

H. Flaifel, H. Muhalhil. Bas J Surg, 2013 с.35-41

БЛОКАДА ПОПЕРЕЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ЖИВОТА (БПЖЖ)

Transversus Abdominis Plane block — TAP
сенсорная блокада нижнего отдела брюшной стенки

Ропивакаин - 1,5 мг/кг с каждой стороны.



МЕТОДИКА БПШЖ

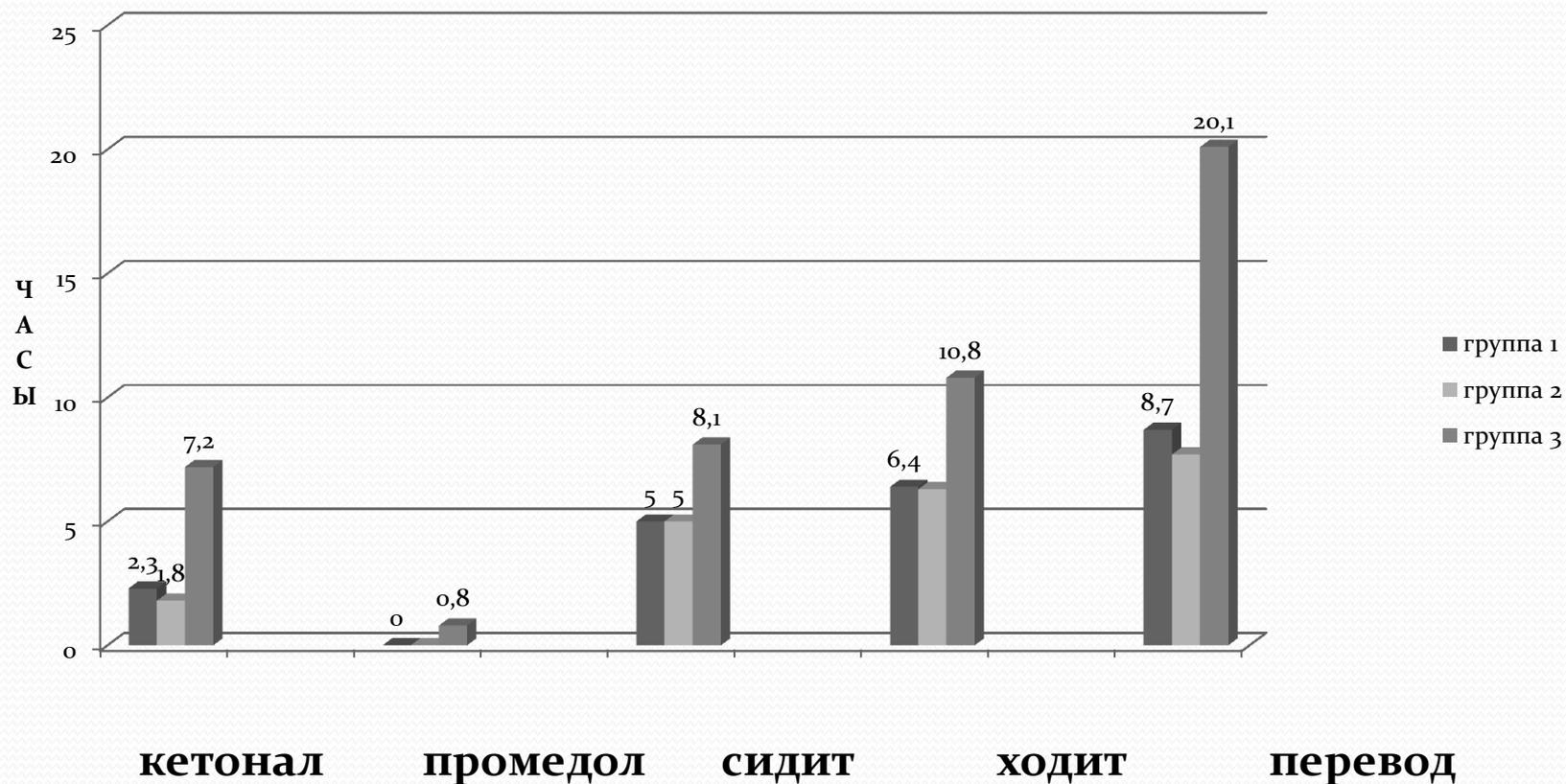
под контролем УЗИ

треугольник Пти



БЛОКАДА ПОПЕРЕЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ЖИВОТА КАК МЕТОД ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ

Рязанова О.В., Александрович Ю.С., Заболотский Д.В., Иванова А.В.
Материалы V конгресса «Анестезия и реанимация в акушерстве и неонатологии», 2012, 163 с.



➤ 1 группа - БППЖ - 0,2% ропивакаин;

➤ 2 группа - 0,375% ропивакаин;

➤ 3 группа – НПВП в сочетании с наркотическими анальгетиками (промедол).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

**ОПТИМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ АНЕСТЕЗИИ И
АНАЛЬГЕЗИИ ВО ВРЕМЯ РОДОВ И
РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ РЕГИОНАРНАЯ
АНАЛЬГЕЗИЯ/АНЕСТЕЗИЯ**

Спасибо за внимание

