

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОБЕЗБОЛИВАНИЮ РОДОВ

В.А. Корячкин

Первый Пленум Правления Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов

Москва, 2015

Международная ассоциация по изучению боли



Важность лечения боли у беременных.

Высокий уровень острой или хронической боли после родов.

Боль в родах - клиническая модель для изучения острой боли.

Болевой синдром в родах

Послеродовая депрессия (22%),

Хронизация боли.

Lev-Wiesel R, et al. J Womens Health , 2009; 18:119–25.
Eisenach JC, et al. Pain 2008;140:87–94

Хроническая боль

после кесарева сечения - 5-10%,

гипералгезия в области рубца - 40%.

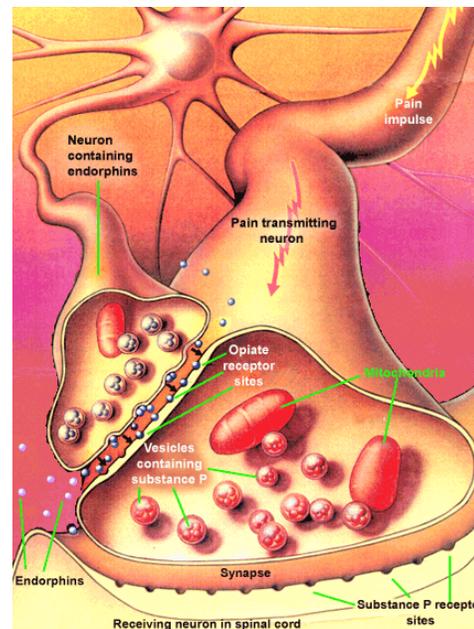


Eisenach JC, et al. Pain 2008;140:87–94.
Kainu JP, et al. Int J Obstet Anesth 2010;19:4–9.
Nikolajsen L, et al. Anaesth Intensive Care 2009;37:748–52.
Ortner C, et al. Society of Obstetric Anesthesia and Perinatology 2011

Индукцированная аналгезия (Sander HW, 1987)

Активация антиноцицептивной системы на уровне спинного у беременных:

- во время беременности;
- во время родов.



Carvalho B, et al *Anesth Analg* 2006;103:1283–7.

Ohel I, et al. *Pain* 2007;132(Suppl 1):S104–8.

Nielsen PR, et al *Acta Anaesthesiol Scand* 2007;51:582–6.

Источники информации женщин

Средства массовой информации,

Популярные веб-сайты (Internet),

Медицинские работники (не анестезиологи).

Не желаю ЭА при поступлении 50% женщин

Желаю ЭА при выписке 90%.

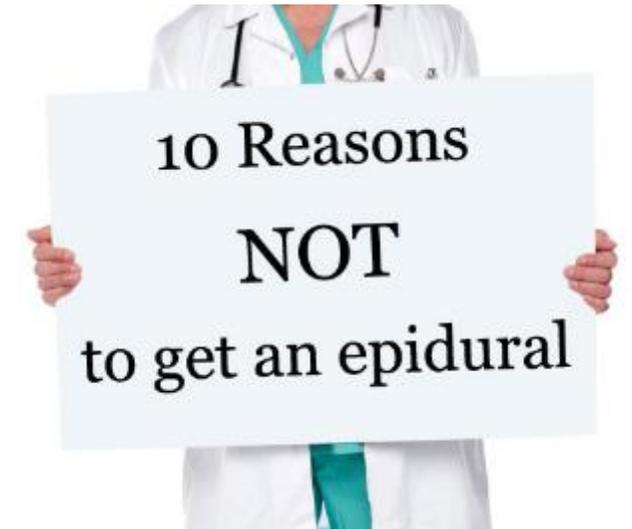


Raynes-Greenow CH, et al. Knowledge and decision-making for labour analgesia of Australian primiparous women. *Midwifery* 2007;23:139–45.

Landau R, Ciliberto Ch Modern Labor Analgesia. *Pain Clinic Updates*, 2011

Причины отказа от ЭА

Отрицательные последствия эпидуральной анестезии,
Увеличение длительности родов,
Увеличение частоты кесаревых сечений,
Отрицательное влияние на плод,
Риск развития неврологических осложнений,
Ненужность вторжения в естественный физиологический процесс,
Негативное воздействие на кормление грудью и воспитание детей.



Harkins J et al. Survey of the factors associated with a woman's choice to have an epidural for labor analgesia. Anesthesiol Res Pract., 2010.

ЭА — стандарт болеутоления в родах



The International Association for the Study of Pain (IASP)

The American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG)

The American Society of Anesthesiology (ASA)

The Society of Obstetric Anesthesia and Perinatology (SOAP)

Недостатки

Аналгезия развивается не сразу,

Часто возникает моторный блок.

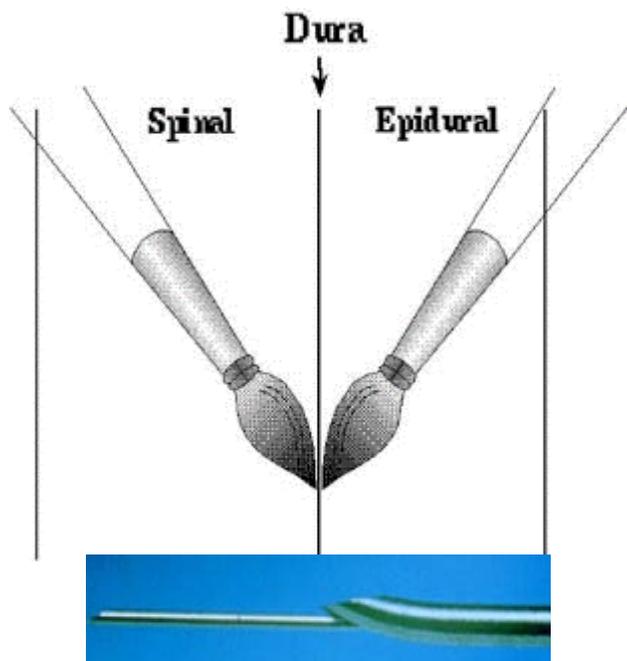


Идеальный метод аналгезии родов:



- Быстрое начало,
- Длительное действие,
- Минимум побочных эффектов для матери и плода,
- Возможность передвижения,
- Не влияет на сокращения матки,
- Не влияет на длительность родов,
- Не влияет на способ родов.

Комбинированная спинально-эпидуральная анестезия



«Красит забор с двух сторон»

Сочетание преимуществ

Спинальная анестезия:

быстрота начала, надежность сенсорного блока.

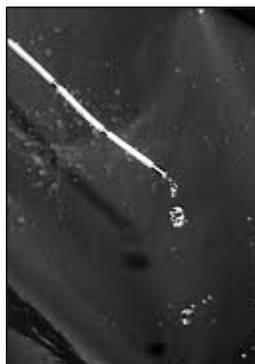
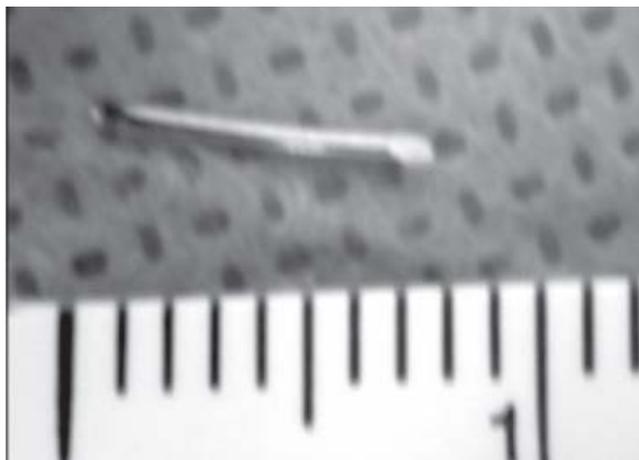
Эпидуральная аналгезия:

неограниченность длительности действия.



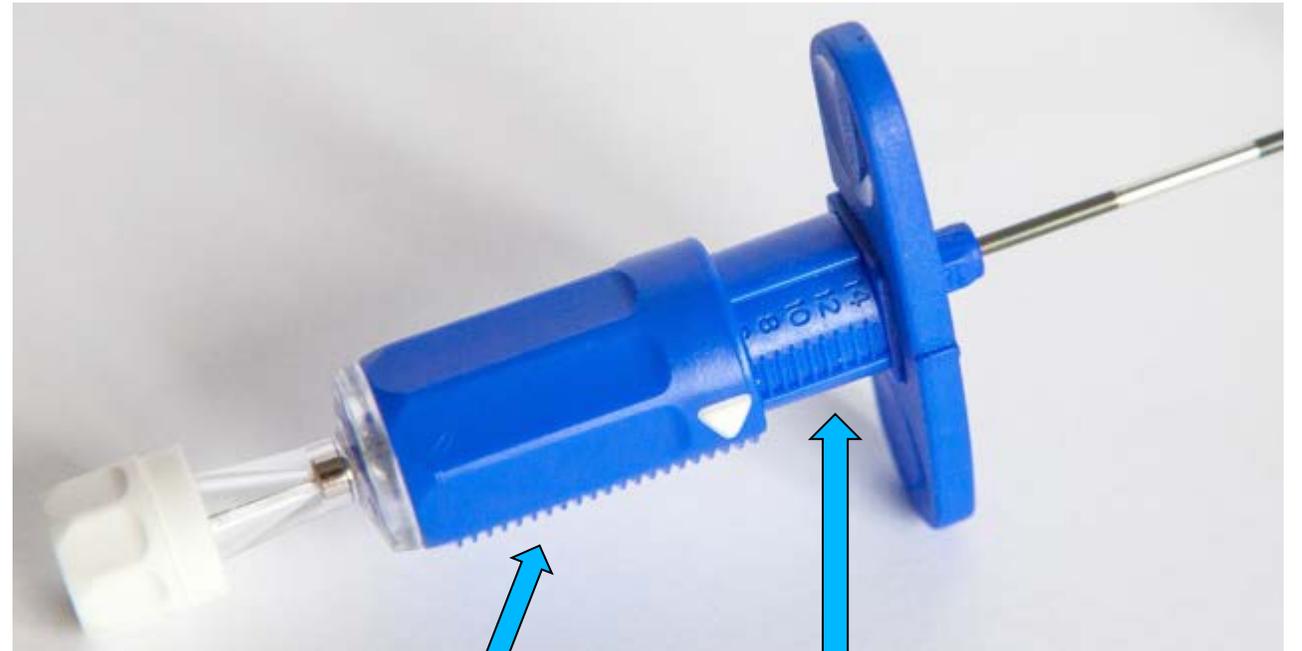
Джозеф Элдор

Качество средств доставки



Средства доставки

Одноразовые наборы

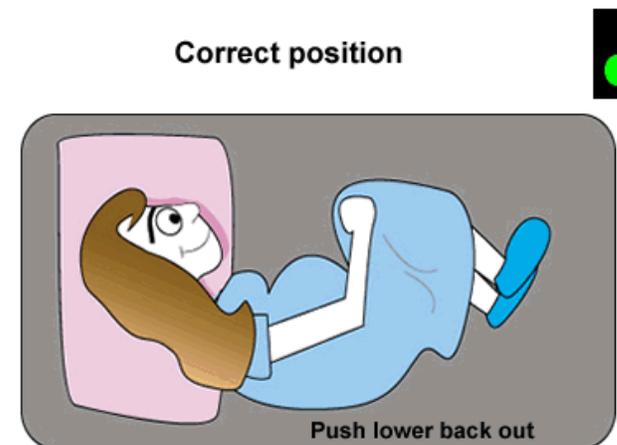
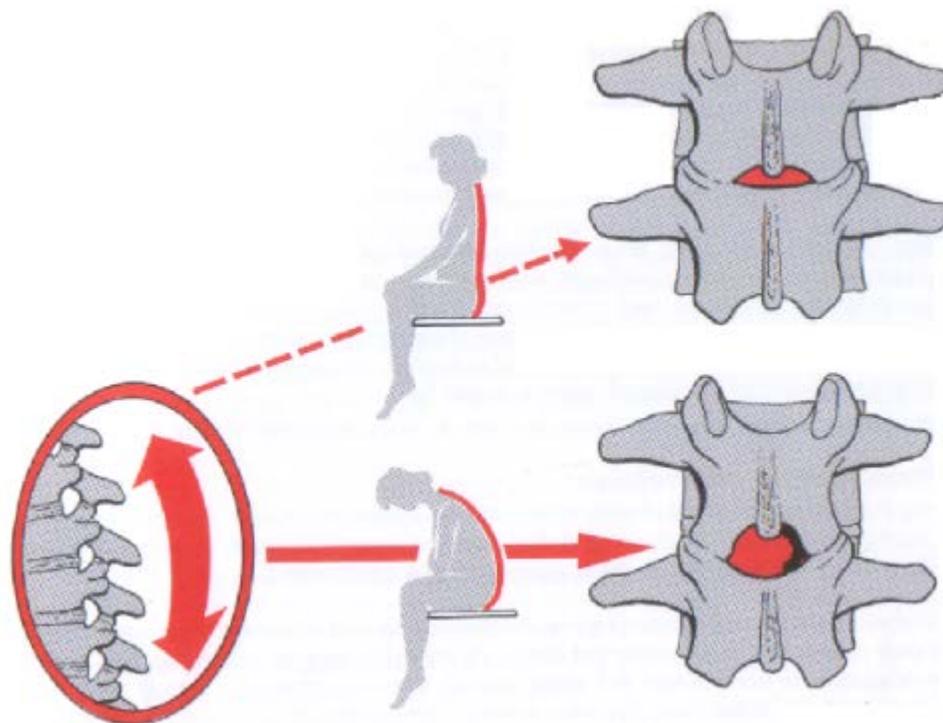
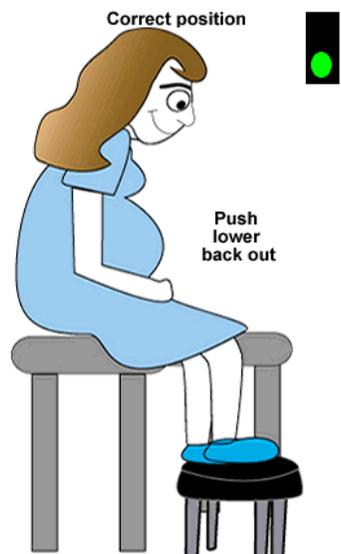


Оптимально: игла выступает на 15 мм.

Фиксатор
спинальной иглы



Изменение площади межламинарного промежутка



Спинальный компонент

Инtrateкально 2,5-3 мг местного анестетика

Инtrateкально 2,53 мг местного анестетика

обеспечивают адекватную аналгезию.

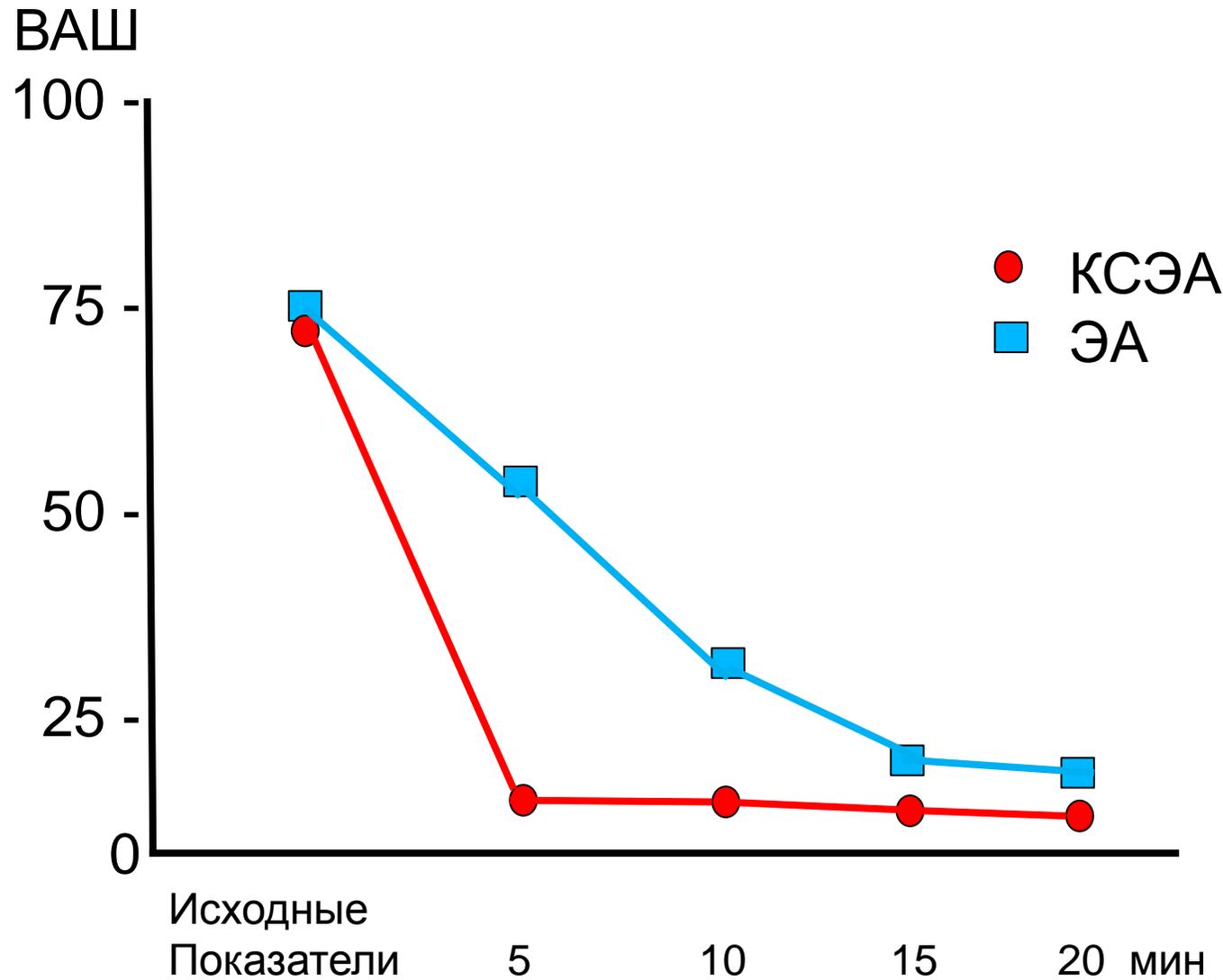
обеспечивают достаточную аналгезию.

ED 95 - бупивакаин 1,7 мг + фентанил 15 мкг

ED95 - ропивакаин без опиоидов - 2,5-3 мг

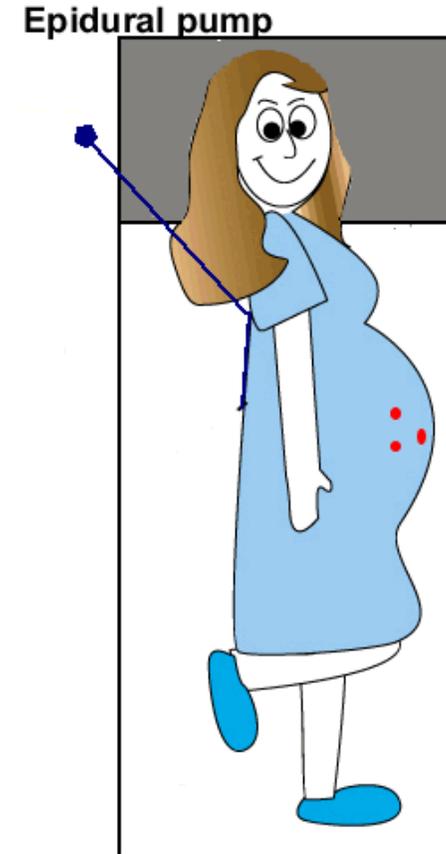
Аналгезия длится около 2 часов.

Время начала аналгезии



Мобильная эпидуральная аналгезия (walking epidural, ambulation in labour)

- Отсутствие моторного блока;
- Возможность передвигаться;
- Достаточная аналгезия;
- Более раннее вставление головки;
- Профилактика АКК;
- Уменьшение длительности родов;
- Более высокие оценки по Апгар;
- Уменьшение риска ТЭО.



Комбинированная спинально-эпидуральная анестезия

Эпидуральный компонент

- через 30 мин после инъекции,
- при возникновении болевого синдрома.

ВЕФ-раствор:

Бупивакаин 80 мг (16 мл 0,5% р-ра)

Фентанил 250 мкг

Адреналина 1:700000 (0,2 мл)

100 мл 0,9% NaCl

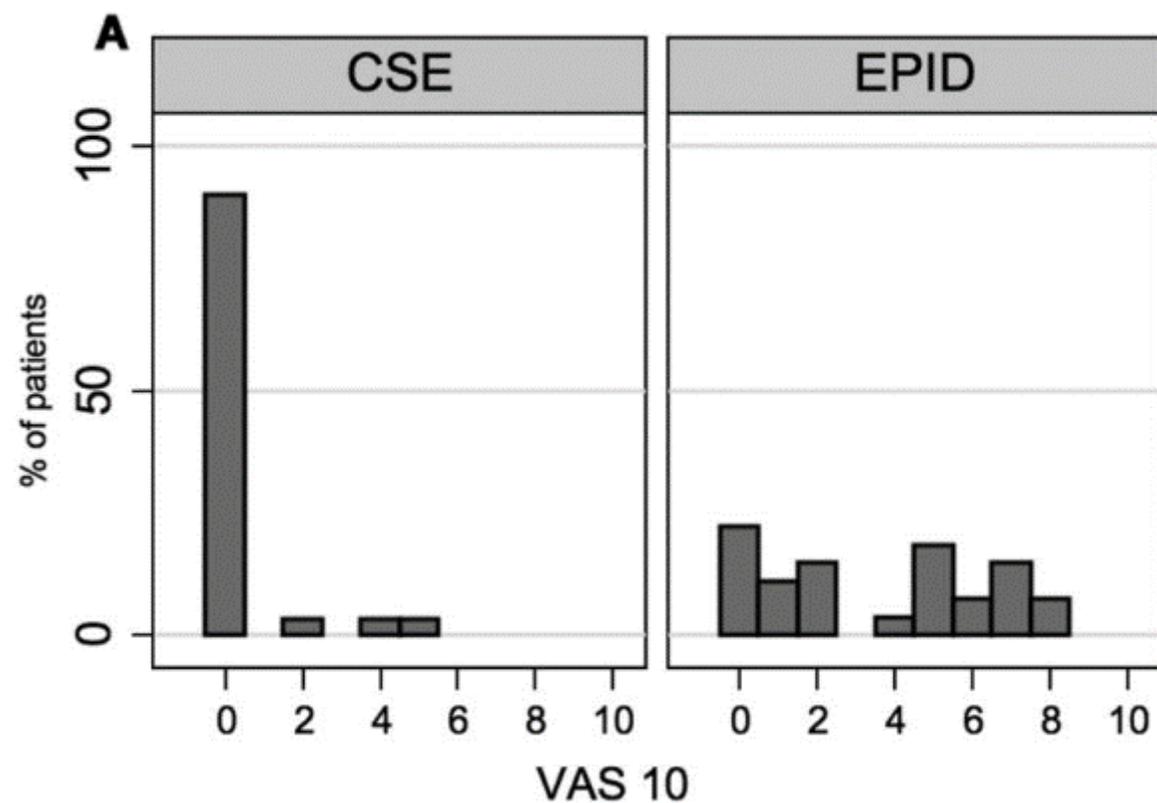


Harald Breivik

Эффективность КСЭА

Спинально 2.5 мг бупивакаина
+ 25 мкг фентанила

12,5 мг бупивакаина
+ 50 мкг фентанила



Инфузия бупивакаина 0.625 мг/мл +
фентанил 2 мкг/мл со скоростью 12 мл/ч



Комбинированная спинально-эпидуральная анестезия



- Быстрое начало (**спинальный компонент**),
- Длительное действие (**эпидуральный компонент**),
- Минимум побочных эффектов для матери и плода (**минимальная фарм. нагрузка**),
- Возможность передвижения (**минимальный моторный блок**),
- Не влияет на сокращения матки,
- Не влияет на длительность родов,
- Не влияет на способ родов.

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!