

Локальная анестезия в акушерстве

Слюсаренко С.Я., Якушев Ю.Д., Слюсаренко Е.Я.

Городская больница №2, Медицинский центр «Поколение», Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород

Цели и задачи. Послеоперационная боль является хорошо предсказуемой, интенсивной и продолжается в основном от двух до четырёх дней. Борьба с этой болью – одна из самых приоритетных задач во всех направлениях хирургической службы. Для лечения послеоперационной боли существует множество различных препаратов разных фармакотерапевтических групп: опиоидные анальгетики, нестероидные противовоспалительные средства, местные анестетики (МА), вспомогательные лекарственные средства. Самым важным является выбор эффективного послеоперационного обезболивания, соответствующий целому ряду имеющихся условий: возраст; пол; порог болевой чувствительности; психоэмоциональное состояние; сопутствующая патология; локализация и объём оперативного вмешательства. Интенсивный болевой синдром не только замедляет процессы заживления, но и приводит к длительной госпитализации пациента, а также повышает риск возникновения связанных с этим осложнений. Авторами статьи на базе Городского родильного дома г. Белгорода было проведено клиническое исследование по сравнению традиционного обезболивания пациенток после операции Кесарево сечение и обезболивания с использованием ЛА.

Материал и методы. ЛА использовалась в 12 случаях. Традиционное обезболивание включало в себя введение S. Promedoli 2% – 1ml 4 раза в день внутримышечно; S. Analgini 50% – 2 ml 3 раза в день внутривенно; S. Dimedroli 1% – 1 ml 3 раза в день внутривенно. Для проведения ЛА использовалась: помпа многофункциональная эластомерная *Smartinfuser Pain Pump*. В качестве МА в четырёх случаях использовался ропивакаин 0,2%, в восьми – лидокаин 1%. Всем пациенткам, которым выполнялась ЛА, операция Кесарево сечение проводилась в плановом порядке. На следующий день пациентки переводились в послеродовое отделение с установленным катетером. ЛА проводилась круглосуточно непрерывно. Пациентки соблюдали общий режим без ограничений в движении. Дежурный анестезиолог минимум четыре раза в сутки контролировал общее состояние пациентки и функционирование системы ЛА. Удалялся катетер через 48-72 часа в соответствии с общими правилами нахождения катетеров при проведении продлённой регионарной анестезии.

Результаты. В 6 случаях из 12 Промедол вводился дважды: через два часа после операции и на ночь. В пяти случаях Промедол вводился однократно через два часа после

операции. В одном случае Промедол не вводился вообще. Это было у пациентки с сопутствующим диагнозом Тромбофилия. Одной из рекомендаций гематолога у этой пациентки была как можно ранняя её активация. Операция этой пациентке выполнялась под продлённой эпидуральной анестезией. В послеоперационном периоде обезболивание осуществлялось при помощи продлённой эпидуральной анальгезии (ПЭА) и ЛА. Через 4 часа после операции ПЭА была отключена, оставлена только ЛА. Через 7 часов после операции двигательная активность была полностью восстановлена, пациентка с помощью медперсонала самостоятельно прошла по палате. Перед сном прогулка по палате повторилась. На ночь к ЛА была добавлена ПЭА, которая продолжалась до утра. Ни в одном случае ЛА не отмечалось инфицирования послеоперационной раны. Все пациентки получали антибиотикотерапию по акушерским показаниям, строго соблюдались правила асептики-антисептики. Ни одного случая токсического действия МА не отмечалось.

Выводы: 1. Использование ЛА в послеоперационном периоде позволяет значительно уменьшить применение опиатных анальгетиков, снизив таким образом и их побочное действие в виде тошноты, рвоты, избыточной седации, депрессии дыхания, угнетения перистальтики. 2. Послеоперационная боль на фоне ЛА расценивается пациентами как незначительная. 3. Послеоперационная реабилитация протекает быстрее и эффективнее, чем при традиционном обезболивании. 4. Ранняя двигательная активность, отсутствие побочных эффектов опиатных анальгетиков позволяют быстрее и эффективнее стимулировать перистальтику кишечника. 5. Установка катетера в послеоперационной ране непосредственно под контролем зрения позволяет исключить попадание МА в кровеносный сосуд, а также сделать возможным использование ЛА у пациентов с коагулопатиями, что недопустимо при других видах продлённой регионарной анальгезии. 6. Благодаря эффективности, простоте, безопасности и при удовлетворительном материально-техническом оснащении методика может использоваться в акушерских стационарах рутинно.