

## ПРОТОКОЛ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ

### АНЕСТЕЗИЯ//ОПЕРАЦИЯ:

А. Метод первого выбора<sup>1</sup>:

- Спинальная анестезия<sup>2</sup>

Б. При наличии противопоказаний к нейроаксиальной блокаде, отказе пациентки, а также при наличии показаний<sup>3</sup>:

- Общая анестезия

В. Если проводилась эпидуральная анальгезия в родах и при отсутствии показаний к общей анестезии:

- Эпидуральная анестезия<sup>4</sup>

Г. За 30 минут до конца операции или предполагаемой регрессии блокады:

- Парацетамол<sup>5</sup> совместно с
- Традиционные НПВС<sup>6</sup> (помнить о риске осложнений от традиционных НПВС при беременности и лактации).

### Хирургическая техника

- Разрез по Пфанненштилю предпочтительнее, но выбор, прежде всего, должен быть основан на технической выполнимости и показаниях к операции
- При использовании общей анестезии или СМА перед ушиванием целесообразно проведение инфильтрации краев раны раствором местного анестетика длительного действия (0,5% или 0,75% ропивакаин, 0,5% бупивакаин) с установкой многоперфорированного катетера<sup>8</sup> для его инфузии в послеоперационном периоде или выполнение двусторонней одномоментной/продленной блокады поперечного пространства живота местным анестетиком.

### ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ:

А. Всем пациентам (при отсутствии противопоказаний):

- Парацетамол<sup>9</sup> совместно с
- Традиционные НПВС<sup>6</sup>.
- Введение местного анестетика в послеоперационную рану<sup>10</sup> или в поперечное пространство живота<sup>10</sup>

Б. Продолжение эпидуральной анальгезии местными анестетиками и опиоидами<sup>11</sup>.

В. При выраженном болевом синдроме (ВАШ>50 мм) добавить сильные опиоиды<sup>12</sup> внутривенно контролируемой пациентом анальгезией или регулярными инъекциями

Г. При средней интенсивности боли (ВАШ=30-50 мм) – слабые опиоиды<sup>13</sup>

## Примечания:

<sup>1</sup> При отсутствии противопоказаний и согласия пациентки

<sup>2</sup> Для спинальной анестезии необходимо использовать МА длительного действия (0,5% бупивакаин спинальный гипербарический, 0,5% бупивакаин спинальный, 0,5% ропивакаин спинальный). В связи с потенциальной локальной нейротоксичностью интратекальное введение лидокаина не рекомендуется. Не использовать СМА, если проводилось эпидуральное обезболивание родов (возможно развитие тотального спинального блока).

<sup>3</sup> Показана при ургентных ситуациях: РДС плода, кровотечение, разрыв матки, эклампсия, угроза массивной кровопотери.

<sup>4</sup> Возможно использовать изначально, когда необходимо плавное снижение артериального давления. Для эпидуральной блокады использовать высокие концентрации МА длительного действия (0,75% раствор ропивакаина или 0,5% раствор бупивакаина). Комбинация местного анестетика и опиоида (фентанил 50-100 мкг), вводимая эпидурально лучше любого из них по отдельности.

<sup>5</sup> Внутривенно в дозе 1 грамм. В конце операции не рекомендуется использовать ректальную форму парацетамола в связи с непредсказуемыми фармакокинетическими и фармакодинамическими характеристиками.

<sup>6</sup> В раннем послеоперационном периоде следует избегать внутримышечного введения НПВС вследствие неудовлетворительной фармакокинетики и фармакодинамики, болезненностью от введения. Предпочтение следует отдавать внутривенным формам НПВС (лорноксикам, кетопрофен) с последующим переходом на пероральное их применение. Не смотря на то, что убедительных данных отрицательного влияния НПВС на организм ребенка нет, при их назначении всегда необходимо взвешивать риск и пользу!

<sup>7</sup> Ингибиторы ЦОГ-2: мелоксикам, нимесулид

<sup>8</sup> Кроме случаев, когда установлен эпидуральный катетер.

<sup>9</sup> Доза парацетамола должна составлять 4 грамма в сутки (не более). В раннем послеоперационном периоде предпочтительней использовать внутривенную форму. Длительность применения внутривенной формы – до 72 часов. При восстановлении способности принимать пищу – переход на пероральные формы. Из пероральных форм предпочтение отдать быстрорастворимым в воде. Длительность приема – до 5 суток.

<sup>10</sup> Используются растворы МА длительного действия (0,2% - 0,5% ропивакаин и 0,2%-0,25% бупивакаин) в виде постоянной инфузии или периодических болюсов.

<sup>11</sup> Если эпидуральная блокада применялась во время операции. Для эпидуральной анальгезии после операции использовать низкие концентрации МА длительного действия (0,2% раствор ропивакаина или 0,2% раствор бупивакаина) в комбинации с фентанилом или без него. Целесообразно применять методику постоянной инфузии или аутоанальгезии. Болюсное введение допускается лишь при отсутствии шприцевых дозаторов. В связи с частым развитием тахифилаксии использование лидокаина для послеоперационной эпидуральной анальгезии не рекомендуется.

<sup>12</sup> Промедол, морфин, фентанил. Риск применения наркотических препаратов не должен превышать необходимости их использования!

<sup>13</sup> Налбуфин, трамадол, бупренорфин. Риск применения наркотических препаратов не должен превышать необходимости их использования!