

Тема: «Регионарная анестезия в акушерской практике»



Выполнила: врач-интерн Никитина В. С.

г. Омск, 2014 г.

Содержание:

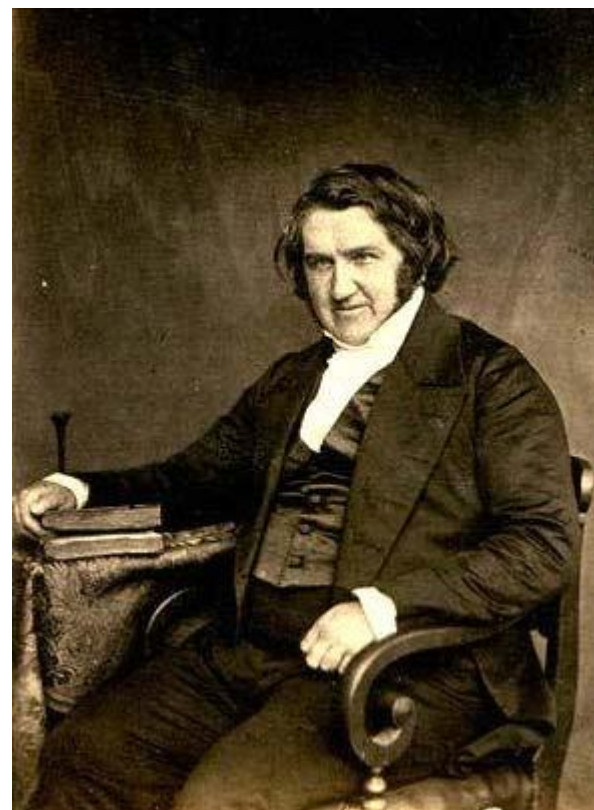
1. Из истории...
2. Проводящие пути родовой боли.
3. Показания к регионарным методам анестезии.
4. Противопоказания.
5. Препараты для регионарной анестезии.
6. Методика проведения регионарных методов обезболивания.
7. Осложнения.
8. Регионарная анестезия при абдоминальном родоразрешении.
9. Анестезия при преэклампсии.
10. Заключение.





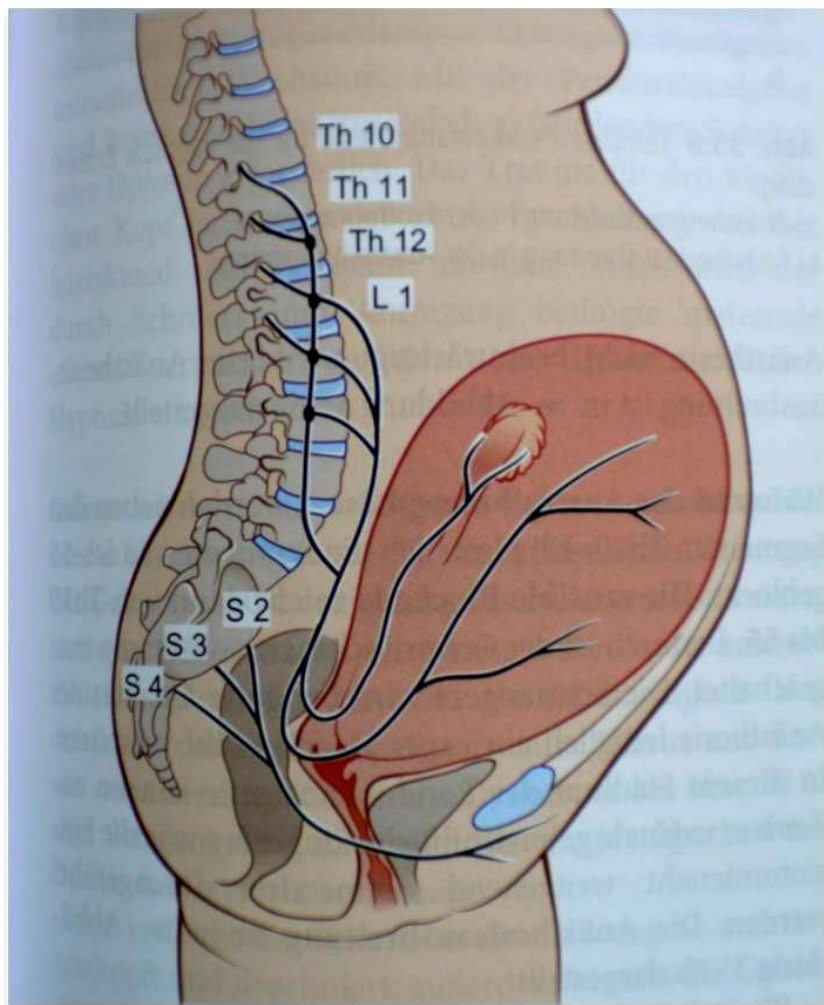
- 19 января 1847, Edinburgh, **James Yong Simpson** впервые применил эфир для обезболивания родов.
- Обезболивания родов королевы Виктории хлороформом (1853, 1857) Джоном Сноу.
- 1881 - применение закиси азота во время родов русским доктором С. Кликовичем.
- 1900 - первое применение спинальной анестезии кокаином шв. акушером-гинекологом Оскаром Крайс

Из истории...





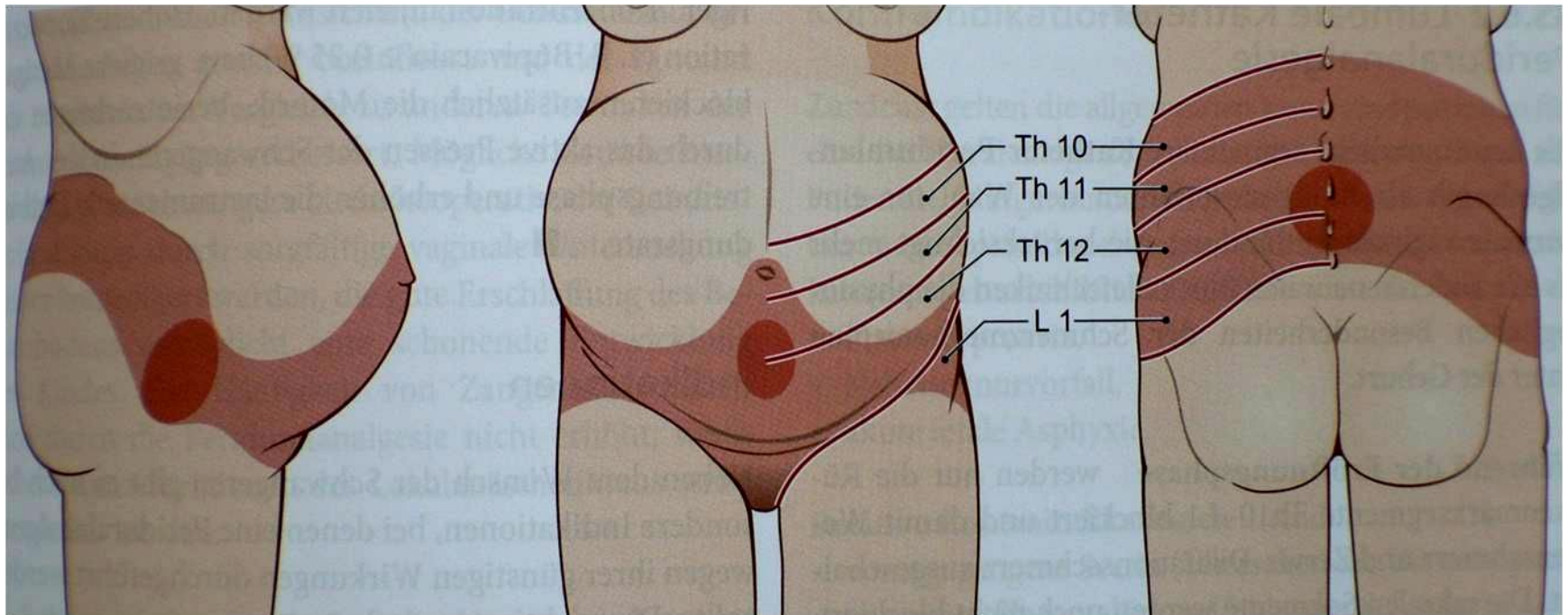
- 1909 - проведение сакральной (каудальной) анестезии Стокелем.
- 1921 - применение поясничной эпидуральной анестезии и внедрение ее примерно через 10 лет в акушерскую практику.
- 1942 – введение в акушерскую практику длительной каудальной анестезии Хингстоном и Элвардсом.
- 1949 - внедрение непрерывной эпидуральной анестезии Круэбло и первое применение метода в акушерстве.



Проводящие пути родовой боли.

В фазу раскрытия
задействованы
сегменты Th 10 –
L1, в фазу
изгнания – L 2 – S
4.

Болевые зоны в фазу раскрытия



Показания к регионарной анестезии

- Боль во время родов;
- неэффективность других методов обезболивания;
- преэклампсия и артериальная гипертензия у беременных и рожениц;
- экстрагенитальная патология;
- дискоординация родовой деятельности;
- многоплодная беременность и тазовое предлежание плода;
- родоразрешение путем наложения акушерских щипцов.



Относительные противопоказания к применению регионарной анестезии

- Отсутствие эффективной родовой деятельности, в том числе на фоне родостимулирующей терапии
- Внутриутробная гипоксия плода (менее 9 баллов по Fisher,) до получения разрешения акушера
- Неврологические заболевания
- Раскрытие шейки матки более 7 см
- Значительные деформации позвоночника
- Высокий риск акушерского кровотечения
- Гипертермия матери
- Прием антикоагулянтов



Абсолютные противопоказания к применению региональной анестезии

- Отказ роженицы
- Сепсис
- Бактериемия
- Инфекция в месте пункции
- Гипокоагуляция (тромбоцитопения менее $50 \times 10^9/\text{л}$, $\text{MHO} > 1,3$)
- Отсутствие возможности квалифицированного наблюдения за состоянием роженицы и плода на фоне аналгезии
- Отсутствие доступного необходимого оборудования для оказания неотложной помощи и реанимационных мероприятий в случае развития жизнеугрожающих осложнений регионарной аналгезии
- Кровотечение и выраженная гиповолемия
- Пороки сердца и другие заболевания, сопровождающиеся низким и фиксированным сердечным выбросом
- Аллергия на местные анестетики, применяемые при регионарной аналгезии
- Внутричерепная гипертензия

Выбор местных анестетиков и ОПИОИДОВ

Местные анестетики (МА):

- Эффективная аналгезия без моторного блока.

Препараты:

- Бупивакаин 0,06 - 0,125 - 0,25 % - превосходный сенсорный блок, длительная продолжительность, но имеет кардиотоксический эффект.
- Ропивакаин: 0,1 - 0,2 % - аналогичен бупивакаину, но меньше кардиотоксический эффект.
- Лидокаин: 0,5-1 % - быстрое начало и более короткая продолжительность.
- Концентрация: наибольшее разведение МА, необходимое для эффективной аналгезии данного пациента.
- Комбинация с опиоидами - возможность уменьшения концентрации МА.

Местные анестетики

- ***Marcaine Spinal Heavy*** - 4 ml - 5 mg/ml
- ***Carbosthesin 0,5% hyperbar*** - 4 ml - 5 mg/ml
- ***Bucain 0,5% hyperbar*** - ml - 5 mg/ml
- ***Naropin 0,5 %*** - 10 ml – 5 mg/ml

- ***Carbosthesin 0,5% isobar*** - 4 ml- 5 mg/ml
- ***Бупивакаин 0,5%*** изобарический - 5 мл – 5 mg/ml

Местные анестетики и однократные дозы для болюсного эпидурального введения в родах

| Местный анестетик | Доза (мл) | Начало действия (мин) | Продолжительность действия (мин) | Эффект |
|----------------------|-----------|-----------------------|----------------------------------|--|
| Бупивакаин 0,125% | 10-15 | 3-5 | 60-180 | Хорошая анальгезия, небольшой моторный блок |
| Бупивакаин 0,1% | 10-15 | 3-5 | 60-180 | Моторный блок минимален, но анальгезия может быть недостаточной |
| Ропивакаин 0,2% | 10-15 | 5 | 60-180 | Хорошая анальгезия, минимальный моторный блок |
| Ропивакаин 0,1% | 10-15 | 5 | 60-180 | Практически полное отсутствие моторного блока, анальгезия может быть недостаточной |
| Лидокаин 1-2% | 8-10 | 3-5 | 60-90 | Хорошие анальгезия и анестезия, значительный моторный блок |

Возможные дозировки местных анестетиков для эпидуральной инфузии в родах

| Местный анестетик | Нагрузочная доза | Эпидуральная инфузия |
|-------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Бупивакаин | 10-15 мл 0,125% раствора | 0,08-0,1% раствор 7-10 мл/ч |
| Ропивакаин | 10-15 мл 0,1-0,2% раствора | 0,1-0,2% раствор 7-10 мл/ч |

Опиоидные анальгетики

| Препарат | Инtrateкальное введение | Эпидуральное введение |
|-----------------|--------------------------------|------------------------------|
| Морфин | 0,5-1 мг | 7,5-10 мг |
| Меперидин | 10-20 мг | 100мг |
| Фентанил | 5-25 мкг | 50-200 мкг |
| Суфентанил | 3-10 мкг | 10-50 мкг |

Оснащение для проведения эпидуральной анестезии

- Стандартный набор для эпидуральной анестезии «Perifix» фирмы B. Braun. Игла Туохи, эпидуральные катетеры трех типов по степени эластичности с направителем для введения катетера в иглу Туохи в соответствии с требованиями асептики, шприц для методики «утраты сопротивления», плоский бактериальный фильтр 0,2 мкм.

- МА: лидокаин, бупивакаин, ропивакаин.

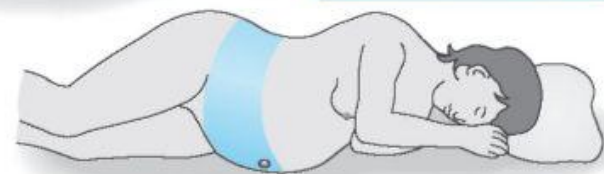
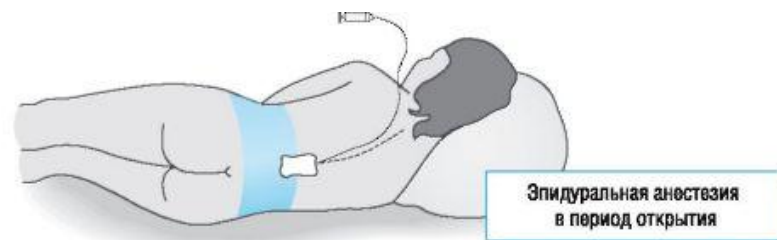
- опиод-фентанил/*супфентанил*



Методика проведения эпидуральной анестезии в родах

- **Устанавливать эпидуральный катетер** следует в положении пациентки на левом боку, или сидя для устранения аортокавальной компрессии.
- Начальная (тестовая) доза - 5 мл.
- *Период раскрытия шейки*: ввести 10-15 мл 0,25% раствора бупивакаина или 15-20 мл 0,125% раствора бупивакаина в положении пациентки на левом боку (проекция анестезии T_{X} - T_{XII} и L_I : гипогастральная и поясничная область).
- *Период изгнания*: ввести 6-10 мл 0,25% раствора бупивакаина в положении сидя (проекция анестезии S_{II} - S_{IV} : прямая кишка, промежность, влагалище).
- Эффект проявляется примерно через 15-20 мин после первого введения анестетика и длится около 90 мин.

- При недостаточной блокаде в период раскрытия через 15 мин после первой дозы можно ввести ещё 4-6 мл 0,25% раствора бупивакаина; в период изгнания - 4-8 мл 0,25% раствора бупивакаина в положении сидя (не менять положение после инъекции в течение 5 мин).
- При одностороннем положении (катетер в корешковом кармане) полезным может быть вытягивание катетера назад на 1-2 см.



Увеличение объёма и инъекция в положении сидя: распространение анестезии в каудальном направлении



Для макс. обезболивания - 50 – 100 мкг фентанила (в р-ре МА) в ЭП.

В/венно при ЧСС < 60/мин по 0,25 мг атропина, при гипотензии – по 50-100 мкг фенилэфрина в/венно.

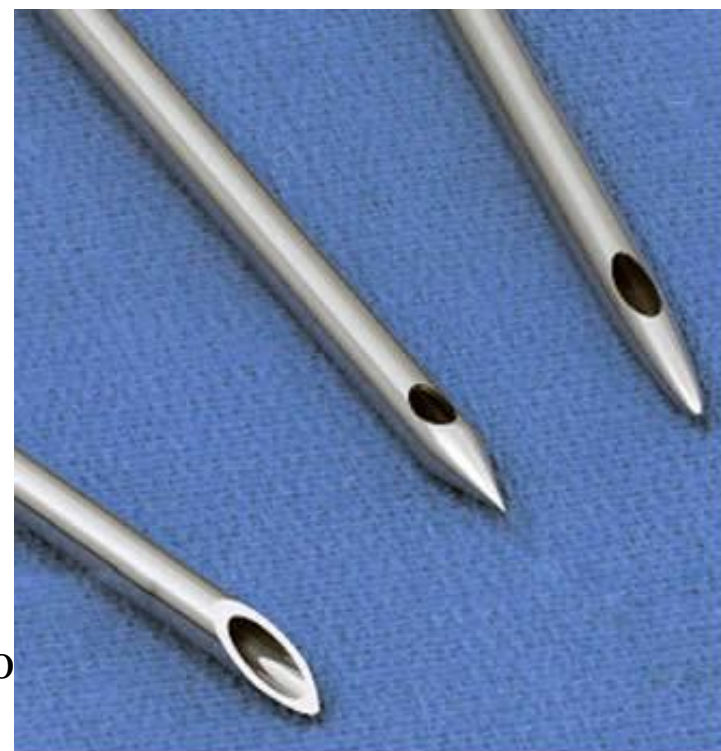
В/венная инфузия кристаллоидов - 2-4 мл/кг/час (+ коррекция исходного дефицита, если имеется).

В/венно после родов 1-2 г антибиотика цефалоспоринового ряда (цефтриаксон)/80 мг гентамицина.

Катетер из ЭП удалить через 20 - 30 мин после родов.

Методика проведения спинальной анестезии

- предварительно проведение инфузии:
1 вариант – преинфузия: кристаллоиды 1000 мл или желатин 500 мл.
2 вариант – инфузия после выполнения регионарной анестезии;
- премедикация: холиноблокатор (атропин, метацин), антигистаминный препарат (димедрол);
- положение пациентки – сидя со спущенными ногами или лежа на боку и выгнутой спиной;
- обработка места пункции (от копчика до нижнего угла лопаток);
- выполнить пункцию субарахноидального пространства через введенный предварительно интродюсер на уровне LII-LIII. Должны использоваться только иглы размера 25-27-29 G и желательно «карандашной» заточки - Pencil-point.



- Попадание иглы в субарахноидальное пространство определяется по появлению спинномозговой жидкости в прозрачной канюле иглы.
- ввести местный анестетик;
- на место пункции субарахноидального пространства наложить стерильную салфетку;
- уложить пациентку на спину с небольшим - 15° наклоном влево (подложить валик или наклонить операционный стол) для уменьшения степени аортокавальной компрессии.

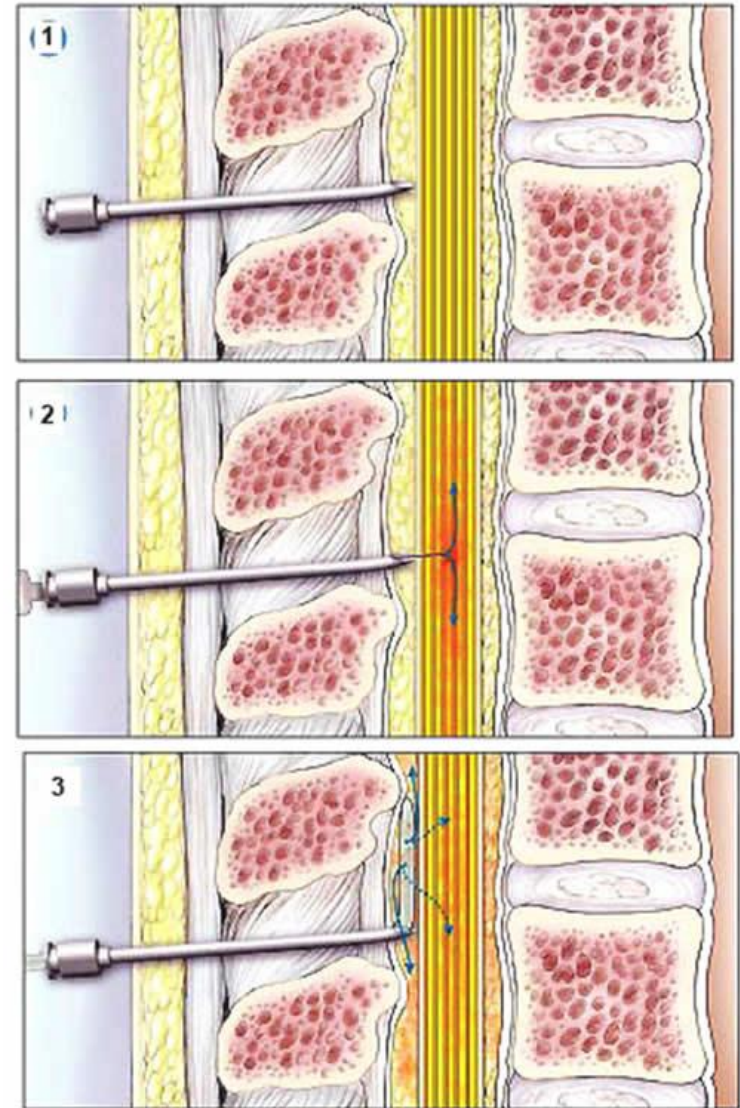


Patient-controlled epidural analgesia (PCEA)

- Тест-доза: 3 мл бупивакаина 0,125%.
- Через 3-4 мин 12 мл бупивакаина 0,125% или ропивакаина 0,1% + 5-10 мкг суфентанила (или 50 мкг фентанила) болюсно.
- Lock-out-интервал 25 мин, контролируемые пациенткой болюсные введения по 12 мл бупивакаина 0,125% или ропивакаина 0,08% + 0,156 мкг/мл суфентанила.
- При болях: болюс 6 мл бупивакаина 0,25%, вводится врачом.
- Максимальная общая доза суфентанила: 30 мкг/24 часа, фентанила: 300 мкг/24 часа.

Комбинированная спино-эпидуральная анестезия

В эпидуральное пространство вводят иглу размером 17G. Эта игла содержит отверстие, через которое интратекально вводят тонкую спинальную иглу калибром 25-27G. В субарахноидальное пространство вводится 2-3 мг бупивакаина изолированно или в комбинации с наркотическим анальгетиком (фентанил 10-25 мкг, суфентанил 7,5 мкг), после чего спинальную иглу удаляют, а через эпидуральную устанавливают катетер, в дальнейшем продолжается эпидуральное введение препаратов. Позволяет очень быстро достичь обезболивающего эффекта.



Осложнения после регионарных методов обезболивания

- **Неадекватный блок**
- **Высокий тотальный блок**
- **Артериальная гипотония**
- **Непреднамеренное внутрисосудистое введение местного анестетика**
- **Непреднамеренное интратекальное введение местного анестетика.**
- **Постпункционная головная боль.**
- **Неврологические осложнения.**

Показания к операции кесарево сечения:

- Высокий риск родов через естественные родовые пути для матери и плода.
- Высокий риск разрыва матки.
- Рубец на матке после корпорального кесарева сечения, удаления крупной миомы, реконструктивной операции на матке.
- Высокий риск акушерского кровотечения: полное или частичное предлежание плаценты, преждевременная отслойка плаценты.
- Реконструктивные операции на влагалище в анамнезе.
- Дистоция.
- Несоответствие между размерами таза и предлежащей части плода.
- Аномалии положения и предлежания плода : поперечное или косое положение плода , тазовое предлежание.
- Дисфункциональная сократительная активность матки.
- Необходимость немедленного или экстренного родоразрешения.
- Внутриутробная гипоксия : выпадение пуповины, акушерское кровотечение .
- Амнионит .
- Герпес половых органов .
- Угроза смерти матери.

Преимущества регионарной анестезии:

- Значительно ниже риск медикаментозной депрессии плода;
- значительно ниже риск аспирации у матери;
- мать присутствует при рождении своего ребенка, при желании вместе с его отцом;
- существует возможность интраспинального введения опиоидов для послеоперационного обезболивания.

- **Спинальная анестезия:**

МА: прединфузия (500-1000 мл р-ра Рингера за 60 мин). Игла 25 (27) G: 2,5 (2,0-3,0) мл 0.5% гипербар. р-ра бупивакаина (LII-III, LIII-IV).

- **Эпидуральная анестезия:**

МА: нарופן (0.2-0.1%)/бупивакаин (0,25-0,125,0,065%)+ фентанил (50 – 100 мкг) или суфентанил (10-15 мг).

- ***Continuous epidural infusion (CEI):***

Используются ропивакаин 0,2% или бупивакаин 0,125% в сочетании с наркотическим анальгетиком (фентанил 2 мкг/мл, суфентанил 0,75 мкг/мл) вводимые в виде непрерывной инфузии со скоростью 7-9 мл/ч.

Анестезия при ПРЕЭКЛАМПСИИ

- Во всех случаях тяжелой преэклампсии требуется предродовая (предоперационная) подготовка в течение 6-24 ч!
- Для профилактики развития эклампсии в родах все женщины при консервативном родоразрешении обязательно должны быть обезболены методом эпидуральной анальгезии!
- При операции кесарева сечения у женщин с умеренной преэклампсией методом выбора является регионарная (спинальная, эпидуральная) анестезия!
- **При операции кесарева сечения у женщин с тяжелой преэклампсией и эклампсией метод выбора - общая анестезия!**

- Преимущества РА – контроль артериального давления, повышение почечного и маточно-плацентарного кровотока, профилактика судорожного синдрома.
- Опасности ОА – гемодинамическая нестабильность во время индукции, интубации и экстубации трахеи. Гипертензия и тахикардия могут быть причиной повышения внутричерепного давления.
- Риск проведения РА обычно связывают с развитием эпи- и субдуральной гематомы, поэтому при количестве тромбоцитов > 100 тыс. проведение РА не противопоказано.).

Заключение

Безопасность регионарной анестезии в родах для женщины и плода складывается из следующих факторов:

- Компетентность анестезиолога-реаниматолога в особенностях проведения регионарной анестезии в родах.
- Компетентность акушера-гинеколога в особенностях течения родов в условиях эпидуральной анестезии.
- Современное техническое оснащение (иглы, катетеры, дозаторы, мониторы).
- Современные местные анестетики.
- Мониторинг состояния женщины и плода.





**БЛАГОДАРЮ
ЗА
ВНИМАНИЕ**