



Кесарів розтин: рекомендації PROSPECT 2019



Під егідою Асоціації анестезіологів України з Національного центру ділового та культурного співробітництва «Українським дім» 25-26 вересня 2020 р. транслювався онлайн-конгрес анестезіологів України 2020. На ньому висвітлювалися актуальні питання анестезіологічного забезпечення та інтенсивної терапії.

У рамках заходу Р. О. Ткаченко, д.мед.н., професор, завідувач курсу акушерської реанімації кафедри акушерства, гінекології і репродуктології НМАПО імені П.Л. Шупика, президент Асоціації акушерських анестезіологів України, заслужений лікар України детально розглянув рекомендації Procedure specific postoperative pain management group (PROSPECT Group) щодо методів знеболювання при виконанні операції кесарів розтин (КР).

PROSPECT Group – це мультидисциплінарна група, яка була заснована 2010 р. (очільник професор Marc Van de Veide) та складається з анестезіологів і хірургів. Головним завданням цієї групи є розроблення рекомендацій, заснованих на доказових даних щодо оптимізації передопераційного періоду, анестезіологічного забезпечення, вибору кращого доступу при КР.

Рекомендації PROSPECT Group при проведенні операції КР наступні.

Анестезіологічне передопераційне забезпечення

Однократне застосування орального габапентину дозою 600 мг або прегабалін дозою 300 мг за 2 год до оперативного втручання рекомендується для покращання післяопераційного знеболення.

Анестезіологічне забезпечення операції КР

З точки зору анестезіолога, найкращим методом знеболення під час операції КР є застосування нейроаксіальної анестезії, враховуючи відсутність необхідності проводити маніпуляції в дихальних шляхах та зменшення ризику розвитку післяопераційних седативних ефектів від застосування загальних анестетиків. До нейроаксіальної анестезії відносять спінальну, епідуральну та комбіновану спінально-епідуральну анестезію.

Епідуральна анестезія застосовується в тому випадку, коли у роділлі попередньо була виконана епідуральна аналгезія, однак пологи вирішено завершити шляхом КР в ургентному порядку.

При проведенні спінального знеболення для зниження рівня постпункційного головного болю необхідно використовувати голки типу Pencil point з діаметром 25–26 G (Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia, 2016).

При проведенні комбінованої спінально-епідуральної анестезії рекомендовано користуватись стандартними наборами, які мають такі характеристики, а саме:

- задній отвір в голці Tuohy для безпечного введення спінальної голки;
- систему стикування для безпечної фіксації спінальної голки;
- пункційну голку з центруючим рукавом для плавного введення.

Іншим методом знеболення є інтратекальне введення опіоїдів. Доповідач, спираючись на метааналіз, в якому порівнювалось різне дозування морфіну, що вводився інтратекально, рекомендує дозу 100 мкг цього розчину. Саме в такій кількості розчин морфіну забезпечує якісну післяопераційну аналгезію до 36 год (Palmer et al., 1999). Проте необхідно враховувати побічні ефекти, пов'язані з дією опіоїдів, включаючи пригнічення дихання, що розвивається у перші 3–4 год після інтратекального введення препаратів. При використанні розчину морфіну дозою не вище 100 мкг розвиток відтермінованого пригнічення дихання можливий, втім лише в одному випадку на 1429 введень препарату інтратекально (Crowgey T.R. et al., 2013).

Вид оперативного доступу

Виходячи за слів спікера, варто виключити вертикальний розріз передньої черевної стінки, оскільки він супроводжується більшою інтенсивністю післяопераційного болю. Серед видів горизонтального розрізу слід надавати перевагу розрізу за Джоел – Кохеном та його модифікаціям. Такий доступ має нижчий рівень післяопераційного болю порівняно з доступом за Пфаненштилем. Зашивання

очеревини та виведення матки за межі операційної рани зумовлює підсилення післяопераційного болю (Zaphitatos V. et al., 2015).

Інтраопераційне та післяпологове знеболення

Професор Р.О. Ткаченко акцентує увагу на післяопераційному болю, що є особливо інтенсивним у першу добу після оперативного втручання. За нумерологічною рейтинговою шкалою він становить 4,7 (Eisenach J.C. et al., 2008). Разом з тим 18% жінок, які перенесли операцію КР, через 12 міс відмічають відчуття дискомфорту в ділянці оперативного втручання (Kainu J.P. et al., 2010).

Важливо відмітити, що PROSPECT Group рекомендує такі методи післяопераційного знеболення:

- Внутрішньовенне введення нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) відразу після народження дитини. Рекомендоване внутрішньовенне застосування декскетопрофену протягом перших 36 год після оперативного втручання з наступним продовженням використання перорально. Декскетопрофен взаємодіє з циклооксигеназою в 5 разів активніше, ніж рацемічний кетопрофен і в 100 разів активніше, ніж його лівообертаючий ізомер.
- Внутрішньовенне введення парацетамолу протягом 15 хв у дозуванні 1000 мл.
- Двобічне виконання блокади поперечного простору живота (Transversus Abdominis Plane Block, TAP-блоку).
- Післяопераційна ранова інфільтрація місцевими анестетиками.

Виходячи з особистого досвіду, професор рекомендує застосовувати поєднання парацетамолу та декскетопрофену після народження дитини для зменшення післяпологового болю. У разі недостатнього післяопераційного знеболення додатково до внутрішньовенного застосування парацетамолу та НПЗП необхідне введення слабких системних опіоїдів.

Окрім того, рекомендовано використовувати нефопам з метою профілактики та лікування післяопераційного ознобу. Внутрішньовенне введення нефопаму за 20-30 хв до операції запобігає розвитку гострої толерантності до опіоїдів за рахунок пригнічення NMDA-рецепторів мембран нейронів провідних шляхів больових імпульсів і активації моноамінергічних низхідних гальмівних шляхів. Це дає можливість на 30-40% знизити дозу наркотичних анальгетиків у ранньому післяопераційному періоді (Бондар М.В. та співавт., 2018).

Доповідач представив інформацію згідно з рекомендаціями PROSPECT Group щодо ефективності знеболюючої дії різних препаратів після порівняння їх між собою:

- при введенні парацетамолу з метою знеболення ефективність анальгезії на 5-й годині значно вища у порівнянні із застосуванням диклофенаку;
- при дослідженні ефективності дії парацетамолу та кеторолаку на 3-й годині після знеболення останній має кращий знеболюючий ефект;
- парацетамол викликає значно вищий рівень анальгезії, ніж метамізол.

Безперечно, дієвим методом оперативного лікування післяопераційного болю є інфузія місцевих анестетиків в операційну рану. Через контрапертуру катетером субфасціально вводиться лонгокаїн 0,25% зі швидкістю 5 мл/год з еластомерної помпи, що містить 100 мл розчину.

Деяким іншим методом знеболення є післяопераційна ранова інфільтрація місцевими анестетиками: у верхній та нижній краї рани, якщо використовувався горизонтальний розріз, або в лівій та правій краї рани при вертикальному доступі вводять розчин лонгокаїну 0,25% дозою 20 мл та дексаметазон дозою 4 мг.

Згідно з метааналізом (Lalmand M. et al., 2017), метод інфузії або інфільтрації місцевого анестетика в рану зменшує потребу у введенні морфіну в 15 разів під час інфузії та в 5 разів при інфільтрації.

У контексті доповіді була розглянута методика проведення TAP-блоку. З обох боків поперечного трикутника (Петі) на межі між m. transversus abdominis та m. internal oblique живота вводиться розчин бупівакаїну 0,375% дозою 20 мл та дексаметазон 4 мг під контролем сонографічної асистенції. За рахунок низької васкуляризації трикутника Петі тривалість знеболення сягає 18-30 год. Натепер цей метод практично не застосовується, оскільки дані метааналізу вказують на нижчий рівень ефективності TAP-блоку у порівнянні з інтратекальним введенням морфіну дозою 100 мкг. У разі комбінування даних методів підвищення ефективності знеболення не відбувається (Champaneria R. et al., 2016).

Підсумовуючи вищесказане, професор Р.О. Ткаченко рекомендує з урахуванням наведених даних PROSPECT Group та власного досвіду використовувати для післяопераційного знеболення пероральні НПЗП, оральний парацетамол та безперервну інфузію місцевих анестетиків в операційну рану.