

АНЕСТЕЗИЯ И АНАЛГЕЗИЯ В АКУШЕРСТВЕ

Приняла: Акушер-гинеколог КОЛДАСБАЕВА А.С.
Выполнила: студентка ОМ13-053-1 ТОРЕГЕЛЬДЫ А.Б.

Методами выбора для анестезии являются следующие методики :

- Спинальная анестезия
- Эпидуральная анестезия
- Общая анестезия

Показания к анестезии:

- Повышенное артериальное давление у женщины во время беременности и в родах (это может быть признаком артериальной гипертензии или преэклампсии, поэтому для предупреждения более высокого подъема давления рекомендуется выключить болевую чувствительность);
- Некоторые виды аномалий родовой деятельности – такие как дискоординация родовой деятельности. В этом случае верхний сегмент матки сокращается изолированно от нижнего, что не сопровождается раскрытием шейки матки;
- Тяжелые экстрагенитальные заболевания (патология внутренних органов), когда роды необходимо щадяще провести;
- Преждевременные роды, когда риск травматизации плода относительно велик;
- Сниженный порог болевой чувствительности роженицы.

Противопоказания к применению региональной анестезии:

- Несогласие роженицы – обычно все, что требуется – тщательное, спокойное объяснение того, что будет происходить, а также всех достоинств и недостатков метода.
- Тенденция к кровоточивости. Сюда относятся как заболевания (различного вида нарушения свертываемости), так и приобретенные коагулопатии – применение гепарина, варфарина и так далее.
- Неоткоррегированная гиповолемия. Такие состояния (кровопотеря, обезвоживание) являются обычным противопоказанием для проведения спинальной или эпидуральной анестезии.
- Инфекция кожных покровов в месте предполагаемой пункции.
- Аллергия к местным анестетикам. Чаще всего встречается к более старым анестетикам эфирного типа (новокаин), крайне редко – к амидным местным анестетикам, типа бупивакаина.
- Имеется ряд относительных противопоказаний к применению региональной анестезии :
- Деформация позвоночника или операция на поясничном отделе его. · Наличие активного неврологического заболевания.
- Потенциальная значительная кровопотеря при операции (предлежание плаценты).

Серьезные осложнения эпидуральной аналгезии :

- **1. Гипотензия.** Лечение состоит из внутривенного вливания жидкостей и использования адреномиметиков (эфедрин).
- **2. Внутривенное введение эпидурального катетера.** Если при аспирации из эпидурального катетера появится кровь, то необходимо промыть катетер физраствором, подтянуть его на 1 – 2 см и повторить аспирацию. Если после этого кровь все еще появляется в катетере, эпидуральная анестезия повторяется одним межverteбральным пространством выше или ниже.
- **3. Случайная спинальная пункция.** Это осложнение легко диагностируется при появлении струи спинномозговой жидкости в игле. Рекомендованная методика при этом осложнении – оставить иглу в ее настоящем положении, осторожно ввести эпидуральный катетер субарахноидально и использовать его в дальнейшем для спинальной аналгезии родов с соответствующей коррекцией дозы местного анестетика. Однако чисто инстинктивно почти каждый анестезиолог выдернет иглу сразу же после обнаружения спинномозговой жидкости в ней. В этом случае рекомендуется повторить эпидуральную пункцию одним промежутком выше или ниже.
- **4. Системная токсичность местных анестетиков.**
- **5. Эпидуральная гематома или абсцесс могут привести к компрессии спинного мозга с нарастанием неврологической симптоматики.** Показана срочная операция. К счастью, такое осложнение, наряду с травмой спинного мозга или корешков встречается очень редко.

Анестезия и плод:

- Анестезия оказывает влияние на плод несколькими путями, изменяя сердечный выброс, артериальное давление (возможно развитие синдрома аорто-кавальной компрессии), газы крови в результате ИВЛ. Эти факторы, равно как и влияние лекарств изменяют плацентарную перфузию и прямо влияют на плод.
- Все анестетические препараты, так или иначе влияющие на центральную нервную систему матери, будут также легко проникать через плаценту и влиять на мозг плода.

Комбинированная спинально-эпидуральная анестезия

Преимущества: начало аналгезии - через 5 минут, у большинства пациентов моторный блок минимальный или отсутствует; существенные гемодинамические изменения редки.

Недостатки: часто возникает зуд, значительно реже возникает угнетение дыхания (при использовании 10 мкг суфентанила в 1 из 10 000 случаев).

Дозировка препаратов для спинномозгового компонента

Препараты	Доза	Начало	Длительность
Суфентанил	2-5 мкг	3-5 минут	100-120 минут
Фентанил	10-20 мкг	3-5 минут	80-100 минут
Бупивакаин	1-2,5 мг	3-5 минут	40-60 минут

- После интратекальной инъекции опиоида в сочетании с раствором бупивакаина немедленно начинается эпидуральное вливание местного анестетика в низкой концентрации со скоростью от 8 до 10 мл/ч. Этот подход делает минимальной потребность в болюсных эпидуральных введениях.
- При раскрытии шейки матки более 7 см к суфентанилу с бупивакаином добавляется 100 мкг адреналина. Эта комбинация обеспечивает обезболивание в течение приблизительно 3 часов и устраняет необходимость эпидурального вливания у большинства пациенток.

Эпидуральная аналгезия

Препарат	Болюсная доза (мл)	Начало (мин)	Длительность (мин)
Бупивакаин			
0,0625%	15-20	10-20	60
0,125%	10-15	8-15	60
0,25%	8-10	8-15	90-120
0,5%	4-6	8-15	(только при сильной боли)
Ропивакаин			
0,08-0.1%	10-20	10-20	60
0,2%	8-15	8-12	60
Левобупивакаин		Дозировка та же, что для бупивакаина	
Фентанил	50 мкг	Добавлять к любому местному анестетику	Увеличивает длительность анестезии

Дозировка препаратов для непрерывной эпидуральной инфузии

Препарат	Доза
Бупивакаин с фентанилом	0,0625% - 2мкг/мл
Аналгезирующий раствор: NaCl 0,9%	60 мл 35 мг (7 мл 0,5% или 14 мл 0,25%) 100 мкг
Бупивакаин	0,1 мл (1 : 1000)
Фентанил	
Адреналин	
Ропивакаин с фентанилом	0,1 % - 2 мкг/мл
Ропивакаин	0,2%

Спасибо за внимание!