

УДК 618,5 – 089, 888.61 + 617 – 089,5

© А. Ф. Ткачуковский, Л. А. Иванченко, А. И. Курган, 2011.

## ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭКСТРЕННОГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

А. Ф. Ткачуковский, Л. А. Иванченко, А. И. Курган

Киевская городская клиническая больница №1 (гл. врач – И. И. Чермак);  
Киевский центр репродуктивного здоровья, г. Киев.

### CHOICE OF A METHOD OF ANASTHESIA AT CARRING OUT OF EMERGENCY CESAREAN SECTION A. F. Tkachukovskiy, L. A. Ivanchenko, A. I. Kurgan

#### SUMMARY

Considering indications to emergency Cesarean section, classification of Cesarean section by degree of promptness of indications, indications and contraindications to this or that method of anesthesia. We have deduced accurate criteria for a choice of a method of anesthesia at emergency Cesarean section.

### ВИБІР МЕТОДУ АНЕСТЕЗІЇ ПРИ ПРОВЕДЕННІ УРГЕНТНОГО КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ А. Ф. Ткачуковський, Л. А. Іванченко, О. І. Курган

#### РЕЗЮМЕ

Враховуючи показання до ургентного кесаревого розтину, класифікацію кесаревого розтину за ступенем ургентності показань, показання та протипоказання щодо того чи іншого методу анестезії, ми вивели чіткі критерії для вибору методу анестезії при ургентному кесаревому розтині.

**Ключевые слова:** экстренное кесарево сечение, метод анестезии.

Актуальность данного вопроса, к нашему большому сожалению, по-прежнему, очень высока. Далеко не всегда бригада, которая должна осуществить операцию кесарева сечения, имеет сходное мнение по вопросу выбора метода анестезии. И зачастую это приводит, мягко говоря, к нежелательным последствиям. Поэтому, в данной работе мы решили поставить все точки над "I", исходя из основных постулатов акушерства и акушерской анестезиологии. Итак:

I) Плановым кесаревым сечением является операция, показания для проведения которой определены до разрешения беременности [6].

II) Экстренным кесаревым сечением считается операция, проводимая, когда в ходе естественных родов возникли осложнения, угрожающие здоровью матери или плода [6] III) Показания к экстренному кесаревому сечению [3]:

- 1) Клинически узкий таз.
- 2) Центральное предлежание плаценты.
- 3) Частичное предлежание плаценты с выраженным кровотечением и отсутствием условий для экстренного родоразрешения через естественные родовые пути.
- 4) Преждевременная отслойка нормально рас-

положенной плаценты при отсутствии условий для экстренного родоразрешения через естественные родовые пути.

- 5) Разрыв матки: угрожающий или начавшийся.
  - 6) Аномалии родовой деятельности, не поддающиеся медикаментозной коррекции.
  - 7) Отсутствие эффекта от лечения тяжелых форм преэклампсии при отсутствии условий для экстренного родоразрешения через естественные родовые пути.
  - 8) Гипоксия плода, подтвержденная объективными методами, при отсутствии условий для экстренного родоразрешения через естественные родовые пути.
  - 9) Выпадение пульсирующих петель пуповины.
  - 10) Неправильное положение плода после излития околоплодных вод.
  - 11) Высокое прямое стояние стреловидного шва.
  - 12) Разгибательное вставление головки плода.
  - 13) Состояние агонии или клинической смерти матери при живом плоде.
  - 14) Гипоксия или тазовое предлежание плода при массе >4000 г при сахарном диабете у роженицы.
- IV) Классификация операций кесарева сечения по степени срочности показаний (табл. 1) [4]:

Таблица 1

Степень срочности	Характеристика клинической ситуации
Экстренное кесарево сечение	Требуется немедленное спасение жизни матери и/или плода
Срочное кесарево сечение	Имеющиеся в настоящий момент нарушения у матери и плода не несут непосредственной угрозы для их жизни

Условно-плановое кесарево сечение	Существует необходимость в более раннем оперативном родоразрешении. Компромисс для отмены операции со стороны матери или плода отсутствует
Плановое кесарево сечение	Имеется возможность назначить дату операции, удобную для пациентки и хирургов

V) Оценка акушерской ситуации в контексте данной классификации дает возможность анестезиологу спокойно определиться с выбором метода обезболивания и прийти к следующим выводам:

- необходимо срочно начать проведение общей анестезии;
- есть время для проведения СА или введения необходимой дозы местного анестетика в эпидуральный катетер, уже установленный ранее для обезболивания родов.

Проще говоря, согласно данной классификации, все показания для операции кесарева сечения в зависимости от срочности можно разделить на случаи, когда нужно «бежать в операционную», «быстро идти в операционную», и «спокойно идти в операционную».

VI) Анестезия при операции кесарева сечения должна соответствовать следующим требованиям:

- минимальное влияние на функцию жизненно важных органов и систем роженицы, плода и новорожденного;

- минимальная проницаемость анестетиков через плаценту;
- обеспечение адекватной интра- и послеоперационной анальгезии;
- сохранение механизмов ауторегуляции жизненно важных органов и систем у рожильницы после извлечения плода;
- минимальное влияние анестетиков на тонус матки [4].

VII) Выбор метода анестезии осуществляет только врач-анестезиолог, адекватно оценив совместно с акушером-гинекологом клиническую ситуацию, показания к операции, степень срочности и, при возможности, проинформировав пациентку о преимуществах и недостатках вида обезболивания, а также получив информированное согласие пациентки.

VIII) Кесарево сечение может быть выполнено под общей анестезией, регионарной (эпидуральной, спинальной или комбинированной эпидурально-спинальной) и местной инфильтрационной анестезией (табл. 2) [1].

Таблица 2

#### Минимальное время, необходимое для создания условий проведения операции кесарева сечения

Вид анестезии	Время, мин.
Общая	5
Спинальная	10-15 (15-20)*
Эпидуральная	20-25 минут (при ранее проводимой эпидуральной анальгезии – 15-20 минут)
Комбинированная эпидурально-спинальная анестезия	25-30 минут

\* Мы приводим собственный опыт идеальной ситуации, когда все получилось. Как правило, больше: указано в скобках [5].

IX) Преимущества регионарной анестезии [1, 2]:

- 1) значительно ниже риск медикаментозной депрессии плода;
- 2) значительно ниже риск аспирации у матери;
- 3) мать присутствует при рождении своего ребенка;
- 4) существует возможность продленного обезболивания через эпидуральный катетер.

X) Преимущества общей анестезии [1, 2]:

- 1) меньшая частота неудач по сравнению с регионарными методами;

2) быстрота и надёжность подготовки беременной к оперативному родоразрешению;

- 3) очень быстрая индукция анестезии;
- 4) надёжное обеспечение проходимости дыхательных путей и вентиляции;

5) надёжный контроль функции дыхания и кровообращения, что особенно важно при массивной кровопотере;

- 6) менее выраженная артериальная гипотония;
- 7) изоляция и защита верхних дыхательных путей

от попадания желудочного содержимого, возможность быстрого купирования судорожного синдрома;

8) более быстрая стабилизация гемодинамики при развитии синдрома аорто-кавальной компрессии [1].

XI) Основные недостатки общей анестезии [1, 2]:

1) возможность аспирации;

2) возможность затруднений при интубации и вентилиции;

3) медикаментозная депрессия плода. Современные методики анестезии позволяют уменьшить до минимума дозу препаратов, так что клинически значимой депрессии плода не возникает.

Если проходит больше 8 мин. от разреза кожи до извлечения плода или больше 180 сек. от разреза матки до извлечения плода, то риск гипоксии и ацидоза высок независимо от методики анестезии [2].

В последнее время применение при кесаревом сечении спинальных методов обезболивания возрастает. Этому способствуют многие достоинства методов: хорошая анестезия, снижение риска аспирационных осложнений, возможность матери «присутствовать» без боли при рождении своего ребенка, более ранняя активность в послеоперационном периоде и др.

XII) Спинальная анестезия показана всегда, когда не противопоказана [5].

XIII) Противопоказания для проведения нейроаксиальной анестезии при кесаревом сечении [4]:

#### АБСОЛЮТНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:

1. Отказ роженицы.

2. Отсутствие необходимых условий и оснащения для полноценного наблюдения за состоянием роженицы во время анестезии и эффективного лечения осложнений (кислород, наркозный аппарат с собранным контуром, мешок Амбу, инфузионные растворы, средства, необходимые для проведения реанимационных мероприятий).

3. Выраженная гиповолемия и риск массивного кровотечения (отслойка плаценты, разрыв матки, гипотоническое кровотечение и т.д.).

4. Коагулопатия.

5. Лечение антикоагулянтами.

6. Сепсис.

7. Бактериемия.

8. Инфекция кожи в месте пункции и вокруг.

9. Аллергия к амидным местным анестетикам.

10. Выраженные признаки ваготонии, частые синкопальные состояния, синдром слабости синусового узла, АВ- блокада.

11. Выраженный дистресс плода (выпадение пуповины, глубокая и/или длительная брадикардия).

#### ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:

1. Наличие пороков развития плода, антенатальная гибель плода.

2. Психозомоциональная лабильность роженицы.

3. Периферическая нейропатия.

4. Демиелинизирующие заболевания ЦНС.

5. Психические заболевания у роженицы.

6. Низкий уровень интеллекта у роженицы (олигофрения и т.п.).

7. Несогласие хирургической бригады оперировать бодрствующую роженицу.

8. Значительная деформация позвоночника.

9. Перенесенные ранее повреждения позвоночника.

XIV) Исходя из собственного опыта, опыта наших коллег и, наконец, здравого смысла, учитывая приведенные выше классификации и следствия из них, мы пришли к выводам, которые сгруппировали в таблице 3 и рекомендуем к использованию в своей работе акушерским анестезиологам и акушерам-гинекологами.

Таблица 3

Выбор метода анестезии при проведении экстренного кесарева сечения

Предоперационная ситуация	Метод анестезии
Отказ роженицы от проводниковой анестезии «Нужно бежать в операционную»	Общая
«Нужно быстро идти в операционную»	Общая Спинальная Эпидуральная (как продолжение эпидуральной анальгезии)
«Можно спокойно идти в операционную»	Общая Спинальная Эпидуральная Комбинированная эпидурально-спинальная.

#### ВЫВОДЫ

Таким образом, учитывая показания к экстренному кесареву сечению, классификацию кесарева сечения по степени срочности показа-

ний, показания и противопоказания к различным методам анестезии, выведены четкие критерии для выбора метода анестезии при ургентном кесаревом сечении.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Зильбер А. П. Этюды критической медицины. Акушерство глазами анестезиолога / А. П. Зильбер, Е. М. Шифман. – Петрозаводск: Изд. ПГУ, 1997. – Т. 3. – С. 323–325.
2. Морган Дж. Э.-мл. М79 Клиническая анестезиология : кн. 3-я / Дж. Э. Морган - мл., С. М. Мэгид. - 2-е изд., испр.; пер. с англ. – М.; СПб.: Изд. БИНОМ-Невский Диалект, 2001. – 396 с.
3. Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні : Наказ від 29.12.2003 р. / Міністерство охорони здоров'я України. – К., 2003. – № 620.
4. Шифман Е. М. Эпидуральная анестезия как метод обезболивания операции кесарева сечения: тридцать вопросов и ответов / Е. М. Шифман, Г. В. Филиппович // Регионарная анестезия и лечение острой боли. – 2007. – Т. 1, № 1.
5. Шурыгин И. А. Спинальная анестезия при кесаревом сечении / Шурыгин И. А. – СПб.: Диалект, 2004. – С. 40.
6. [http://www.ru.wikipedia.org/.../Кесарево\\_сечение](http://www.ru.wikipedia.org/.../Кесарево_сечение).