

Шабратко Д.В.

ВЛИЯНИЕ РАННЕГО НАЧАЛА МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ АНАЛГЕЗИИ НА ПОТРЕБНОСТЬ В ОПИОИДАХ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Научные руководители: ст. преп. Шматова А.А.

*Кафедра анестезиологии и реаниматологии с курсом повышения квалификации
и переподготовки*

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Адекватное послеоперационное обезболивание после кесарева сечения остаётся одной из ключевых задач современной анестезиологии и интенсивной терапии. В последние годы отмечается устойчивая тенденция к росту частоты кесарева сечения, в том числе в Республике Беларусь, что приводит к увеличению числа пациенток, нуждающихся в эффективной и безопасной послеоперационной аналгезии.

Несмотря на широкое внедрение мультимодальной аналгезии, опиоиды по-прежнему часто используются для купирования болевого синдрома, что сопровождается риском развития нежелательных эффектов, таких как тошнота, рвота, седация и угнетение дыхания. В связи с этим особую актуальность приобретают стратегии снижения опиоидной нагрузки (opioid-sparing approach). Одним из перспективных направлений является оптимизация времени назначения анальгетиков. Предполагается, что введение препаратов до регресса спинального блока позволяет предупредить развитие выраженного болевого синдрома и снизить потребность в опиоидах.

Цель: оценить влияние раннего начала мультимодальной аналгезии до регресса спинального блока на потребность в опиоидах у пациенток после кесарева сечения.

Материалы и методы. Проведено проспективное контролируемое исследование с участием женщин с доношенной беременностью (N=61) в УЗ «КРДМО» с 1 января 2026 года по 31 марта 2026 года, которым выполнялось плановое кесарево сечение в условиях спинальной анестезии без использования опиоидов интратекально. Все пациентки были распределены на две группы в зависимости от времени начала послеоперационной аналгезии (основная группа – 29, контрольная – 32).

В основной группе проведение мультимодальной аналгезии (парацетамол и нестероидный противовоспалительный препарат) начиналось до регресса спинального блока (при снижении уровня сенсорного блока до Th10 или за 20–30 минут до предполагаемого окончания его действия).

В контрольной группе аналогичная схема аналгезии - после появления болевого синдрома (при интенсивности боли ≥ 4 баллов по визуально-аналоговой шкале).

Объектом исследования было суммарное потребление промедола в первые 24 часа после операции, время до первого введения анальгетика и интенсивность болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале. Статистическая обработка результатов проведена с использованием пакета Statistica 10.0.

Результаты и их обсуждение. Потребление промедола в основной группе составило $6,2 \pm 12,1$ мг, в контрольной группе – $45,6 \pm 16,3$ мг, что свидетельствует о выраженном снижении опиоидной потребности более чем в 7 раз, ($p < 0,001$).

Время до первого введения анальгетика составило $72,1 \pm 15,0$ мин в основной группе, в контрольной группе $96,4 \pm 16,9$ мин ($p < 0,001$).

Максимальный уровень болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале был ниже в группе раннего начала аналгезии ($4,3 \pm 1,6$ балла) по сравнению с контрольной группой ($5,7 \pm 1,6$ балла) $p = 0,002$.

Выводы. Раннее начало мультимодальной аналгезии до регресса спинального блока ассоциировано со снижением потребности в опиоидах и уменьшением выраженности послеоперационной боли у пациенток после кесарева сечения, что обусловлено превентивным эффектом раннего введения анальгетиков, направленным на снижение ноцицептивной импульсации и предупреждение центральной сенситизации.