

Менеджмент болевого синдрома после родов

Мнение комитета экспертов Американского колледжа акушеров и гинекологов

Номер 742 • Июль 2018 г.

Сокращенный вариант. Адаптировано – С.А. Шурпак

Рекомендации

Американский колледж акушеров и гинекологов дает следующие рекомендации:

- Боль может повлиять на способность женщины заботиться о себе и о своем ребенке. Нефармакологическая и фармакологическая терапия являются важными компонентами менеджмента послеродовой боли.

- Из-за изменчивости типов и интенсивности боли у женщин в ранний послеродовой период, а также ввиду опасений, что 1 из 300 пациенток, получавших опиоиды после родов методом кесарева сечения, станет постоянным потребителем опиоидов, поэтапный подход с использованием мультимодальных сочетаний агентов может помочь акушерам-гинекологам и другим акушерским службам эффективно индивидуализировать менеджмент боли у женщин в послеродовой период.

- Для послеоперационной боли стандартные пероральные и парентеральные анальгетические адьюванты включают ацетаминофен, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), опиоиды и препараты, которые содержат опиоиды в комбинации с ацетаминофеном или НПВП.

- Парентеральные или пероральные опиоиды должны быть зарезервированы для лечения боли высокой интенсивности, когда анальгезия из комбинации нейроаксиальных опиоидов и неопиоидных вспомогательных веществ становится неадекватной.

- Общий подход к принятию решений о назначении опиоидных препаратов после выписки может оптимизировать контроль боли, одновременно уменьшая количество неиспользованных опиоидных таблеток.

- Если препарат, содержащий кодеин, выбран для лечения боли в послеродовой период, риски и преимущества лечения, включая обучение пациентов распознаванию признаков токсичности, должны быть обговорены с семьей.

- Независимо от выбранного лекарственного средства, разумно рассказать женщинам, которым назначают опиоидные анальгетики, о риске депрессии центральной нервной системы у женщины и ребенка. Продолжительность использования рецептов на опиаты должна быть ограничена самым коротким возможным курсом, ожидаемым для лечения острой боли.

Введение

Боль и усталость являются наиболее распространенными проблемами, о которых сообщали женщины в ранний послеродовой период. Боль может повлиять на способность женщины заботиться о себе и о своем ребенке. При отсутствии лечения боль связана с риском более широкого применения опиоидов, послеродовой депрессии и развития стойкой боли [1].

Поэтапный подход с использованием мультимодальной комбинации агентов (то есть использование двух или более обезболивающих препаратов, которые имеют разные механизмы действия) позволяет акушерам-гинекологам индивидуализировать менеджмент боли у женщин в послеродовой период. Это важно из-за изменчивости типов и интенсивности боли у женщин в ранний послеродовой период, а также ввиду опасений, что 1 из 300 пациенток, получавших опиоиды

после родов методом кесарева сечения, станет постоянным потребителем опиоидов [2]. Нефармакологическая и фармакологическая терапия являются важными компонентами менеджмента послеродовой боли. Поскольку 81% женщин в Соединенных Штатах начинают грудное вскармливание в послеродовой период [3], важно учитывать влияние предписанных лекарств на мать и ребенка.

Поэтапный мультимодальный подход

В 1986 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) ввела ступенчатую систему обезболивания для менеджмента боли при раке. Этот трехуровневый подход был первой попыткой менеджмента боли путем сопоставления обезболивающей эффективности с тяжестью боли [4]. Этот подход может быть адаптирован для менеджмента боли после родов. Первый этап включает неопиоидные анальгетики (например, ацетаминофен или нестероидные противовоспалительные лекарственные средства [НПВП]), на втором этапе добавляют более мягкие опиоиды (например, кодеин, гидроксон, оксикодон, трамадол, пероральный морфин), а на третьем этапе используются более сильные опиоиды (например парентеральный морфин, гидроморфон, фентанил). Опиоиды различаются в отношении фармакокинетических эффектов, таких, как период полувыведения, а также активных и неактивных метаболитов. Принимая во внимание эти фармакокинетические свойства, когда боль не может быть адекватно управляема с помощью неопиоидных препаратов первого этапа, предпочтительными являются более мягкие опиоиды короткого действия. Ступенчатая система обезболивания ВОЗ эффективна для лечения боли, связанной с раком, и была широко принята в качестве основы для менеджмента боли, не связанной с раком, несмотря на отсутствие убедительных доказательств эффективности при лечении острой боли [5]. Тем не менее, основной принцип поэтапного подхода анальгетической ступенчатой системы ВОЗ может быть полезной основой для менеджмента боли в послеродовой период – опиоиды используются только тогда, когда это необходимо.

С момента введения анальгетической ступенчатой системы ВОЗ физиологические механизмы боли стали более понятны, и появились новые препараты и методы лечения боли. Теперь известно, что боль является многофакторным состоянием [5]. Мультимодальная анальгезия использует препараты, которые имеют разные механизмы действия, которые усиливают анальгетический эффект. Если опиоиды включены в схему, то мультимодальный режим, используемый в поэтапном подходе, позволяет вводить более низкие дозы [6, 7].

Аналогичным образом, улучшенное восстановление после применения хирургических протоколов для менеджмента послеоперационного периода в случае кесарева сечения может способствовать сокращению продолжительности госпитализации [8]. Три компонента, которые обычно включаются в понятие улучшенного восстановления после применения хирургических протоколов для менеджмента послеоперационного периода в случае кесарева сечения:

- 1) раннее пероральное потребление,
- 2) мобилизация,
- 3) удаление мочевого катетера [8].

Вагинальные роды

Наиболее распространенными источниками боли в первые дни после вагинальных родов являются нагрубание грудных желез, сокращения матки и перинеальные разрывы. Нефармакологические процедуры, такие, как охлаждающие пакеты и увеличение частоты кормления грудью, как правило, достаточны для менеджмента нагрубания грудных желез, связанного с началом лактации. При необходимости можно использовать мягкие анальгетики, обладающие противовоспалительным эффектом.

Менеджмент при боли в сосках начинается с тщательной оценки прикуса младенца, правильной техники прикладывания и наличия достаточного количества молока у женщины. Хотя безалкогольный ланолин исторически был рекомендован для лечения боли сосков или при их травмах, однако систематический обзор не нашел доказательств того, что какое-либо конкретное местное лечение превосходит отсутствие лечения или применение грудного молока [9]. Следует отметить, что недавнее рандомизированное контролируемое исследование показало, что применение дополнительной защиты для соска более эффективно при лечении травмы и уменьшения боли, чем применение ланолина, который необходимо вытереть перед кормлением [10]. Потенциальные причины постоянной боли, связанной с грудным вскармливанием, многочисленны, и необходима тщательная оценка факторов как материнских, так и младенческих [11].

Маточные сокращения чаще встречаются у многодетных женщин и чаще всего возникают во время грудного вскармливания в первые дни после родов. Использование согревающих накладок, нанесенных на живот, может облегчить этот дискомфорт. Нестероидные противовоспалительные препараты более эффективны, чем ацетаминофен. Данные о применении опиоидов для облегчения маточных сокращений убедительны [12, 13].

Боль в области промежности можно лечить с помощью нефармакологических местных средств, местных анестетиков или пероральных анальгетиков. Несколько исследований, в которых сравнивались местные анестетики, не нашли убедительных доказательств того, что эти агенты уменьшают боль лучше, чем плацебо, или уменьшают использование дополнительной аналгезии [14].

Пакеты со льдом или пакеты с холодным гелем могут быть полезны для уменьшения отеков промежности в первые 24 часа. Имеются лишь ограниченные данные, подтверждающие эффективность местных методов охлаждения (пакеты льда, холодные гелевые упаковки, холодные или ледяные ванны), применяемых к промежности после родов для облегчения боли. Мета-анализ показал, что охлаждающие пакеты, применяемые в течение 10–20 минут, улучшали перинеальную аналгезию через 24–72 часа после родов (относительный риск – 0,61; 95% ДИ: 0,41–0,91) по сравнению с плацебо [15].

Геморрой может стать отечным и подвергнуться травматизации из-за потуг во время второго периода родов. Местное применение вяжущих, стероидных или обезболивающих кремов может уменьшить симптомы геморроя, вызвав вазоконстрикцию, уменьшение отеков или зуда соответственно. Несмотря на широкое использование этих агентов, ни одно рандомизированное исследование не продемонстрировало их эффективности [16]. Длительное использование стероидного крема следует избегать из-за атрофических эффектов, которые эти агенты оказывают на кожу.

В большинстве исследований по эффективности пероральных анальгетиков для менеджмента послеродовой боли оценивались медикаменты с различными механизмами действия для определения сравнительной эффективности с использованием методики однократной дозы. Одна доза ацетаминофена (500–1000 мг) или НПВП снимает боль лучше, чем плацебо [17, 18].

Хотя доказательства не являются сильными, НПВП оказываются более эффективными, чем ацетаминофен, через 4 часа после родов (относительный риск – 1,54; 95% ДИ: 1,07–2,22), но нет существенной разницы в эффекте через 6 часов после родов [18]. Поскольку НПВП имеют предел обезболивающей и противовоспалительной эффективности, увеличение дозы не улучшает аналгезию и увеличивает риск неблагоприятных эффектов [19–21]. Нестероидные противовоспалительные препараты связаны с желудочно-кишечными осложнениями, такими, как диспепсия, язва и желудочно-кишечные кровотечения, и могут быть связаны с повышенным артериальным давлением, хотя последние данные ставят под сомнение связь между НПВП и гипертонией [22, 23].

Когда стандартная доза НПВП недостаточно эффективна, мультимодальный подход к обезболиванию, который использует НПВП, ацетаминофен и – при необходимости – мягкий опиоид, может быть подходящим следующим шагом. Более низкая доза опиоидов помогает облегчить раннюю активизацию, улучшает способность женщины ухаживать за новорожденным и сводит к минимуму наличие препаратов в грудном молоке. Многие из более мягких опиоидов короткого действия доступны в комбинированных препаратах, которые включают также ацетаминофен. Большинство лекарств, которые сочетают опиоид и ацетаминофен, имеют максимальную дозу 325 мг ацетаминофена на таблетку, что гарантирует, что стандартная суточная доза (две таблетки, вводимые каждые 4–6 часов) не будет превышать 3–4 грамма максимальной суточной дозы ацетаминофена. Достижение мультимодальной аналгезии с использованием НПВП и ацетаминофена, назначаемых одновременно по установленному графику, с более мягким опиоидом, добавленным только при необходимости, является предпочтительным по сравнению с комбинациями ацетаминофен–опиоид. Плановое родоразрешение при наличии показаний приводит к уменьшению использования опиоидов и последовательной аналгезии [24, 25].

Более сильные опиоидные анальгетики (например внутривенный морфин, гидроморфон, фентанил) лучше всего применять у женщин с недостаточным контролем боли после стандартной дозы мультимодального режима НПВП в сочетании с более легкими опиоидами. Более сильные опиоиды следует использовать только до тех пор, пока они абсолютно необходимы для адекватной аналгезии. Поэтапный подход поддерживает переход от более сильных опиоидов к более мягким как часть мультимодального режима, как можно скорее в зависимости от потребностей отдельной женщины. Побочные эффекты опиоидов могут быть особенно проблемными в ранний послеродовой период. Опиоид-индуцированный запор может усугубить боль в промежности. Сонливость от употребления опиоидов может мешать материнской активности в повседневной жизни, такой, как уход за младенцем и кормление [12].

Роды путем кесарева сечения

Поэтапный, мультимодальный подход к аналгезии также подходит для родов путем кесарева сечения. Нейроаксиальные опиоиды обеспечивают наилучшую аналгезию при родах путем кесарева сечения, но большинству женщин требуется дополнительная аналгезия, потому что эффекты нейроаксиальных опиоидов снижаются [24]. Стандартные пероральные и парентеральные анальгетические адьюванты включают ацетаминофен, НПВП, опиоиды и препараты, которые содержат опиоиды в комбинации с ацетаминофеном или НПВП. Дексаметазон использовался в предоперационный период; было установлено, что одна дооперационная доза дексаметазона улучшает аналгезию и уменьшает тошноту и рвоту в первый послеоперационный день [24, 26].

Парентеральные или пероральные опиоиды должны быть зарезервированы для лечения острой боли, когда аналгезия из комбинации нейроаксиальных опиоидов и неопиоидных средств становится неадекватной. Для опиоидов предпочтительным является пероральный путь, поскольку парентерально вводимые опиоиды не обязательно обеспечивают эффективную аналгезию [27]. Администрация парентерального опиоида должна быть зарезервирована для женщин с постоянной болью или тех, кто не может переносить пероральные лекарства. Если требуется непрерывное введение парентеральных опиоидов, пациент-контролируемая аналгезия является предпочтительной из-за большей эффективности обезболивания и более высокой удовлетворенности пациентов [24, 28].

Женщины, которые перенесли операцию кесарева сечения, могут извлечь пользу из местных анестетиков, вводимых путем инфильтрации раны или трансверсальной блокады брюшной полости [24, 29, 30]. Блокада включает использование иглы с тупым наконечником для инъекции 20–30 мл анестетика в плоскость между внутренними косыми и поперечными мышцами живота с целью блокады периферических нервов, иннервирующих нижнюю часть живота; блокада может быть выполнена с помощью ультразвукового наведения [31].

Габапентин не рекомендуется для рутинного использования при менеджменте боли после кесарева сечения, поскольку отсутствуют убедительные доказательства значительного улучшения, а также потенциальных побочных эффектов и ограниченных данных о профиле безопасности для новорожденных. Однако габапентин можно рассматривать как часть мультимодального анальгетического режима у пациентов с хронической болью или болью, не снижаемой в результате применения стандартных протоколов лечения [24].

Расход препаратов

Недавние исследования показывают, что количество опиоидов, предписанных после кесарева сечения, часто превышает фактическое количество, необходимое или потребляемое после выписки. Среднее количество выданных опиоидных таблеток составило 40 (межквартильный диапазон – 30–40), среднее число потребления – 20 (межквартильный диапазон – 8–30), а оставшееся – 15 (межквартильный диапазон – 3–26) [32]. Это повышает стоимость и опасность в отношении немедицинского использования [32, 33]. Тем не менее, крайне важно, чтобы уменьшение количества препарата не влияло отрицательно на контроль боли. Общий подход к принятию решений о назначении опиоидных препаратов после родов может оптимизировать контроль боли, одновременно уменьшая количество неиспользованных опиоидных таблеток [34].

Хотя заманчиво определить количество таблеток или продолжительность терапии для достижения баланса контроля боли и уменьшения количества неиспользованных таблеток, «оптимальное» количество таблеток или продолжительность терапии до сих пор не определены. В результате терапия должна быть индивидуализирована на основе состояния пациента. Практикующие врачи должны знать, что стандартные наборы могут содержать больше таблеток, чем индивидуальные потребности, а также должны быть знакомы с применяемыми программами для мониторинга использования лекарственных препаратов.

Вопросы грудного вскармливания

Факторы, которые влияют на концентрацию лекарственного средства в грудном молоке, включают:

- липофильный характер лекарственного средства,
- степень, в которой лекарство связывается с белком,
- биодоступность лекарственного средства,
- рКа (мера кислотности) лекарственного средства,
- рН молока,

- молекулярную массу лекарственного средства,
- количество потребляемого грудного молока,
- время введения лекарственного средства по отношению ко времени кормления.

Большинство препаратов проникают в грудное молоко посредством диффузии. Грудное молоко является кислой относительно плазмы, а препараты, которые являются высокоосновными, могут быть ионизированы в грудном молоке и секвестрированы.

Относительная доза для младенца, определяемая как максимальный процент материнской дозы с поправкой на массу тела в миллиграммах на килограмм (при условии, что доза для матери – это стандартная терапевтическая доза), является мерой, наиболее часто используемой для оценки безопасности препарата во время лактации. Относительная доза для младенца, превышающая 10% материнской дозы, обычно рассматривается как доза повышенного риска [35].

Нестероидные противовоспалительные препараты для кормящих женщин

Нет четких различий в эффективности обезболивания между эквивалентными дозами различных НПВП, однако путь введения и фармакокинетические свойства влияют на начало действия и продолжительность. При пероральном назначении НПВП проникает в грудное молоко в низких концентрациях. Ибупрофен имеет короткий период полувыведения с относительной дозой для новорожденных, которая колеблется от 0,6% в молозиве до менее 0,38% в молоке, что эквивалентно примерно 0,2% педиатрической дозы [36]. Учитывая очень низкую концентрацию в грудном молоке, применение ибупрофена приемлемо [37, 38] в качестве препарата первой линии для менеджмента послеродовой боли [37, 39, 40].

Инъекционные и пероральные формы кеторолака используются для лечения умеренной боли в послеродовой период у женщин, для которых показана мультимодальная аналгезия. В маркировке продукта утверждается, что этот агент следует использовать с осторожностью при введении кормящим матерям. Ограниченные данные свидетельствуют о том, что предполагаемая относительная доза для младенца после перорального приема составляет приблизительно 0,16–0,4% [41, 42]. Относительная доза для новорожденных после внутривенного введения неизвестна, но она вероятно низкая в первые дни после родов до начала второй стадии лактогенеза. Поэтому можно сделать вывод об эффективности кеторолака как компонента мультимодальной аналгезии, особенно после кесарева сечения, с вероятным наличием небольшой концентрации в грудном молоке.

Опиаты для кормящих женщин

Опиаты обладают несколькими фармакокинетическими свойствами, которые могут иметь последствия для женщин, кормящих грудью. Опиоиды липофильны, имеют низкий молекулярный вес и обычно являются слабыми основаниями, которые обладают свойствами, облегчающими проникновение в грудное молоко [43]. Некоторые опиоиды подвергаются превращению в мощные метаболиты, которые оказывают значительное обезболивающее и успокаивающее действие. Например, кодеин имеет активный метаболит, который является морфином [44]. Для некоторых опиоидов наличие нескольких активных и неактивных метаболитов усложняет определение воздействия и эффектов [45].

Кодеин и трамадол метаболизируются в их активные анальгетические формы с помощью CYP2D6 [44]. Известно, что фармакокинетические различия в цитохроме P450 2D6 (CYP2D6) вызывают более высокие или более низкие, чем ожидалось, концентрации метаболитов опиоидов в плазме [46]. Существует несколько различных полиморфизмов в ге-

Вставка 1. Принципы безопасного использования лекарственных средств, которые содержат кодеин, во время грудного вскармливания

В большинстве случаев угнетение центральной нервной системы наблюдается у матери и ребенка. Если у матери возникают симптомы угнетения центральной нервной системы (например сонливость, неуверенность), врач должен осмотреть ребенка для определения наличия сопутствующих признаков угнетения центральной нервной системы.

Если ребенок плохо ест, не просыпается для кормления, не набирает вес или проявляет вялость, то он (или она) должен быть осмотрен врачом.

Депрессия центральной нервной системы у ребенка может ухудшиться через 4 дня, вероятно, из-за накопления морфина при продолжении грудного вскармливания. Если возможно, кодеин не должен использоваться более 4 дней. Если боль по-прежнему требует применения кодеина, следует попытаться уменьшить дозу или переключиться на анальгетики без кодеина (например нестероидные противовоспалительные препараты).

Женщины, которые метаболизируют больше кодеина в морфин, имеют дублирование гена, кодирующего цитохром P450 2D6. Эта генетическая предрасположенность может быть обнаружена с помощью генетического теста.

Этот тест, хотя и недоступен в большинстве больниц, доступен на рынке.

Хотя кодеин широко используется в Северной Америке, девять рандомизированных исследований, сравнивающих использование кодеина с использованием различных нестероидных противовоспалительных препаратов в случаях лапаротомии (например абдоминальная хирургия), не показали, что кодеин более эффективен.

Reprinted from Madadi P, Moretti M, Djokanovic N, Bozzo P, Nulman I, Ito S, et al.

Guidelines for maternal codeine use during breastfeeding. Can Fam Physician 2009;55:1077-8.

нах, которые кодируют ферменты CYP450 и, следовательно, значительную индивидуальную вариацию количества и эффективности этих ферментов [47]. Полиморфизмы, которые включают дублирование этого фермента, приводят к тому, что индивидуум является обладателем «сверхбыстрого метаболизма». Для этих индивидуумов типичные дозы опиоидов, метаболизируемых CYP2D6, могут приводить к высоким уровням метаболита в сыворотке, что создает риск того, что активные метаболиты проникнут в грудное молоко [43, 48].

Существует несколько опубликованных сообщений о случаях грудного вскармливания детей и возникновения чрезмерного седативного эффекта или угнетения дыхательной функции при использовании кодеина, а также один отчет о детской смерти [48, 49].

Полиморфизм генов, кодирующих семейство ферментов CYP450, распределены по-разному между расовыми и этническими группами. Частота популяции сверхбыстрого метаболизма CYP2D6 колеблется от 0,5% в Китае до 29% в Эфиопии [47, 50]. В Соединенных Штатах распространенность ультрабыстрого метаболизма различается, но в среднем составляет приблизительно 4–5% [46, 47, 50]. И наоборот, примерно 6% людей в Соединенных Штатах являются обладателями слабого метаболизма, и поэтому у них наблюдается недостаточный контроль боли с помощью кодеина. Учитывая межличностное изменение показателей метаболизма, эмпирические дозы кодеина связаны с чрезмерной седацией или недостаточным обезболиванием.

20 апреля 2017 года Управление по контролю за продуктами и лекарствами США (FDA) выпустило сообщение о безопасности лекарственных средств, в котором объявлено о пересмотре маркировки всех рецептурных препаратов, содержащих кодеин и трамадол. Среди изменений присутствует усиленное предупреждение о том, что грудное вскармливание не рекомендуется при использовании лекарств, содержащих кодеин или трамадол, из-за возможных серьезных побочных эффектов у младенца из-за передозировки опиоидом [49]. FDA не нашло никаких опубликованных сообщений о токсичности у грудных детей после использования трамадола. Тем не менее, трамадол был включен в сообщение FDA, поскольку он обладает фармакологическими свойствами, сходными с кодеином, включая метаболизм через CYP2D6 для получения болеутоляющих эффектов.

Хотя они не рассматриваются в руководстве FDA, оксикодон и гидрокодон также частично метаболизируются CYP2D6 в более мощные опиоидные метаболиты оксиморфина и гидроморфина соответственно. После введения окси-

кодона сверхбыстрый метаболизм может вызывать более выраженное облегчение боли [51]. Гидрокодоновый метаболизм в гидроморфин также зависит от активности CYP2D6 [52]. Поскольку гидроморфин не метаболизируется с помощью CYP2D6, эффекты препарата при грудном вскармливании не зависят от генотипа материнского или новорожденного CYP2D6 [53].

Как и все опиоиды, морфин, назначаемый внутривенно или перорально, в отличие от нейроаксиального введения, появляется в больших количествах в грудном молоке. При начале грудного вскармливания лучше всего обеспечить контроль боли с помощью неопиоидного анальгетика и ограничить применение морфина в течение первых нескольких дней низкой дозой с тщательным наблюдением за младенцем, если ребенок получает грудное молоко матери [54].

Учитывая межличностные различия в метаболизме опиоидов, а также риск побочных эффектов у матери и новорожденного, пациенткам, которые являются обладателями сверхбыстрого метаболизма кодеина, необходимо тщательно наблюдать за признаками чрезмерной седации и другими побочными эффектами у младенца [55]. Программа The Motherisk Program в больнице для больных детей в Торонто опубликовала рекомендации по мониторингу лактирующих женщин и младенцев относительно угнетения центральной нервной системы при использовании препаратов, содержащих кодеин (вставка 1). При обследовании 238 женщин с грудным вскармливанием, использующих эти рекомендации, седативное воздействие на новорожденных было зарегистрировано у 2,1% младенцев, и оно не было связано с различиями в генотипе [55]. Эти результаты свидетельствуют о том, что такие рекомендации по безопасности уменьшают риск неонатальной седации при использовании опиоидов у матери.

Хотя рекомендации FDA подчеркивают необходимость упреждающего руководства в отношении опиоидных эффектов у всех пациентов, акушерам-гинекологам следует учитывать, что применение этого руководства не должно мешать обеспечению контроля боли и чтобы это не приводило к нарушению грудного вскармливания в послеродовой период. Американский колледж акушеров и гинекологов рекомендует принять следующие две стратегии для обеспечения адекватного контроля боли и продолжения грудного вскармливания, если требуется опиоидная анальгезия:

1. Если препарат, содержащий кодеин, является выбранным для лечения боли после родов, риски и преимущества лечения включают обучение пациентов для выявления признаков токсичности у новорожденных.

2. Независимо от выбранного лекарственного средства, разумно сообщать женщинам, которым назначают опиоидные анальгетики, о риске депрессии центральной нервной системы как у женщины, так и ребенка. Продолжительность использования опиоидных препаратов должна быть ограничена самым коротким курсом для лечения острой боли.

Дополнительные стратегии использования региональных методов анестезии, НПВП и ацетаминофена могут помочь свести к минимуму риск, обеспечивая при этом адекватный контроль боли у женщин, кормящих грудью [24].

Особые соображения

Существует индивидуальная вариация болевой толерантности. Женщины, страдающие опиоидными расстройствами, женщины с хронической болью и женщины, которые употребляют другие лекарства или вещества, что могут увеличить седативный эффект, нуждаются в дополнительном наблюдении при лечении послеродовой боли.

Нарушение использования опиоидов

Женщины, страдающие опиоидными расстройствами, нуждаются в дополнительной поддержке и планировании лечения в послеродовой период, что более подробно рассматривается в заключении комитета экспертов ACOG № 711. Скрининг на использование психоактивных веществ с применением проверенных инструментов, таких, как опросники (в том числе 4Ps, NIDA Quick Screen и CRAFFT), и должен быть частью комплексной акушерской помощи и проводиться при первом предродовом посещении беременной.

Женщины с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, должны продолжать фармакотерапию опиоидными агонистами во время беременности и в послеродовой период, хотя доза, возможно, потребует коррекции [56]. Читатель отсылается к заключению комитета экспертов ACOG № 711 [56] для получения информации о фармакотерапии опиоидными агонистами у женщин, страдающих опиоидным расстройством.

Послеродовой период представляет собой время повышенной уязвимости, а у женщин с опиоидными расстройствами чаще возникают рецидивы по сравнению с периодом беременности [57].

Триггеры рецидива могут включать потерю страховки и доступ к лечению, требования ухода за новорожденным, лишение сна и угрозу потери опеки над детьми. Скрининг послеродовой депрессии должен быть обычным делом, и оценка других сопутствующих психических состояний должна учи-

тываться, если есть предыдущая история или если существует беспокойство относительно данного вопроса [59, 59]. Использование веществ и передозировка все чаще становятся основными факторами, связанными со смертельными случаями при беременности [60, 61]. Женщины с опиоидными расстройствами должны получать соответствующие наставления, включая риски передозировки опиоидами и рассмотрение рецепта на налоксон в случае передозировки [62].

Женщины с хронической болью

Женщины с хронической болью, особенно те, которые используют опиоиды для лечения этой боли, также представляют собой уникальную популяцию, которая требует тщательного наблюдения в послеродовой период. Несмотря на то что эта тема выходит за рамки данного документа, менеджмент хронической боли требует консультации специалистов [63, 64].

ВЫВОДЫ

Боль и усталость являются наиболее распространенными проблемами, о которых сообщают женщины в ранний послеродовой период. Боль может повлиять на способность женщины заботиться о себе и своем ребенке. Нефармакологическая и фармакологическая терапия являются важными компонентами послеродового ухода. Поэтапный мультимодальный подход, акцентированный на неопиоидной анальгезии как терапии первой линии, безопасен и эффективен при вагинальных родах и кесаревом сечении. Опиоидные препараты являются вспомогательным средством для пациентов с неконтролируемой болью, при отсутствии реакции на адекватную терапию первой линии. Общий подход к принятию решений о назначении опиоидных препаратов после родов может оптимизировать контроль боли, одновременно уменьшая количество неиспользованных опиоидных таблеток.

Чтобы получить больше информации

Американский колледж акушеров и гинекологов определил дополнительные ресурсы по темам, связанным с этим документом, которые могут быть полезны. Вы можете просмотреть эти ресурсы по адресу: www.acog.org/More-Info/PostpartumPain

Эти ресурсы предназначены только для предоставления информации и не должны быть всеобъемлющими. Направление к этим ресурсам не означает, что Американский колледж акушеров и гинекологов одобряет организацию, веб-сайт организации или содержание ресурса. Ресурсы могут меняться без предупреждения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Eisenach JC, Pan PH, Smiley R, Lavand'homme P, Landau R, Houle TT. Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. *Pain* 2008;140:87–94.
- Bateman BT, Franklin JM, Bykov K, Avorn J, Shrank WH, Brennan TA, et al. Persistent opioid use following cesarean delivery: patterns and predictors among opioid-naïve women. *Am J Obstet Gynecol* 2016;215:353.e1–18.
- Centers for Disease Control and Prevention. Breastfeeding report card progressing toward national breastfeeding goals. United States, 2016. Atlanta (GA): CDC; 2016. Available at: <https://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/2016breastfeedingreportcard.pdf>. Retrieved March 9, 2018.
- World Health Organization. Cancer pain relief. Geneva: WHO; 1986. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43944/9241561009_eng.pdf. Retrieved March 26, 2018.
- Leung L. From ladder to platform: a new concept for pain management. *J Prim Health Care* 2012;4:254–8.
- Carvalho B, Butwick AJ. Postcesarean delivery analgesia. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2017;31:69–99.
- American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. *Anesthesiology* 2012;116:248–73.
- Corso E, Hind D, Beever D, Fuller G, Wilson MJ, Wrench IJ, et al. Enhanced recovery after elective caesarean: a rapid review of clinical protocols, and an umbrella review of systematic reviews. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017;17:91.
- Dennis CL, Jackson K, Watson J. Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 12. Art. No.: CD007366.
- Vieira F, Mota DD, Castral TC, Guimaraes JV, Saige AK, Bachion MM. Effects of anhydrous lanolin versus breast milk combined with a breast shell for the treatment of nipple trauma and pain during breastfeeding: a randomized clinical trial. *J Midwifery Womens Health* 2017;62:572–9.
- Berens P, Eglash A, Malloy M, Steube AM. ABM clinical protocol #26: persistent pain with breastfeeding. *Academy of Breastfeeding Medicine. Breastfeed Med* 2016;11:46–53.
- Fahey JO. Best practices in management of postpartum pain. *J Perinat Neonatal Nurs* 2017;31:126–36.
- Deussen AR, Ashwood P, Martis R. Analgesia for relief of pain due to uterine cramping/involution after birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 5. Art. No.: CD004908.
- Hedayati H, Parsons J, Crowther CA. Topically applied anaesthetics for treating perineal pain after childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD004223.
- East CE, Begg L, Henshall NE, Marchant PR, Wallace K. Local cooling for relieving pain from perineal trauma sustained during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 5. Art. No.: CD006304.
- Mounsey AL, Halladay J, Sadiq

- TS. Hemorrhoids. *Am Fam Physician* 2011;84:204–10.
17. Chou D, Abalos E, Gyte GM, Gülmezoglu AM. Paracetamol/acetaminophen (single administration) for perineal pain in the early postpartum period. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 1. Art. No.: CD008407.
 18. Wuytack F, Smith V, Cleary BJ. Oral non-steroidal anti-inflammatory drugs (single dose) for perineal pain in the early postpartum period. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 7. Art. No.: CD011352.
 19. Khan MI, Walsh D, Brito-Dellan N. Opioid and adjuvant analgesics: compared and contrasted. *Am J Hosp Palliat Care* 2011;28:378–83.
 20. Laska EM, Sunshine A, Marrero I, Olson N, Siegel C, McCormick N. The correlation between blood levels of ibuprofen and clinical analgesic response. *Clin Pharmacol Ther* 1986;40:1–7.
 21. Seymour RA, Ward-Booth P, Kelly PJ. Evaluation of different doses of soluble ibuprofen and ibuprofen tablets in postoperative dental pain. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1996;34:110–4.
 22. Sostres C, Gargallo CJ, Arroyo MT, Lanás A. Adverse effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs, aspirin and coxibs) on upper gastrointestinal tract. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2010;24:121–32.
 23. Viteri OA, England JA, Alrais MA, Lash KA, Villegas MI, Ashimi Balogun OA, et al. Association of nonsteroidal antiinflammatory drugs and postpartum hypertension in women with preeclampsia with severe features. *Obstet Gynecol* 2017;130:830–5.
 24. Sutton CD, Carvalho B. Optimal pain management after cesarean delivery. *Anesthesiol Clin* 2017;35:107–24.
 25. Valentine AR, Carvalho B, Lazo TA, Riley ET. Scheduled acetaminophen with as-needed opioids compared to as-needed acetaminophen plus opioids for post-cesarean pain management. *Int J Obstet Anesth* 2015;24:210–6.
 26. Cardoso MM, Leite AO, Santos EA, Gozzani JL, Mathias LA. Effect of dexamethasone on prevention of postoperative nausea, vomiting and pain after caesarean section: a randomised, placebo-controlled, double-blind trial. *Eur J Anaesthesiol* 2013;30:102–5.
 27. Davis KM, Esposito MA, Meyer BA. Oral analgesia compared with intravenous patient-controlled analgesia for pain after cesarean delivery: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194:967–71.
 28. McNicol ED, Ferguson MC, Hudcova J. Patient controlled opioid analgesia versus non-patient controlled opioid analgesia for postoperative pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 6. Art. No.: CD003348.
 29. Lavand'homme PM, Roelants F, Walterloos H, De Kock MF. Postoperative analgesic effects of continuous wound infiltration with diclofenac after elective cesarean delivery. *Anesthesiology* 2007;106:1220–5.
 30. Eslamian L, Jallili Z, Jamal A, Marsoosi V, Movafegh A. Transversus abdominis plane block reduces postoperative pain intensity and analgesic consumption in elective cesarean delivery under general anesthesia. *J Anesth* 2012;26:334–8.
 31. Mukhtar K. Transversus abdominis plane (TAP) block. New York (NY): The New York School of Regional Anesthesia; 2009. Available at: <http://www.nysora.com/files/2013/pdf/v12p28-33> TAPBlock.pdf. Retrieved March 9, 2018.
 32. Bateman BT, Cole NM, Maeda A, Burns SM, Houle TT, Huybrechts KF, et al. Patterns of opioid prescription and use after cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2017;130:29–35.
 33. Osmundson SS, Schornack LA, Grasch JL, Zuckerwise LC, Young JL, Richardson MG. Postdischarge opioid use after cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2017;130:36–41.
 34. Prabhu M, McQuaid-Hanson E, Hopp S, Burns SM, Leffert LR, Landau R, et al. A shared decision-making intervention to guide opioid prescribing after cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2017;130:42–6.
 35. Ilett KF, Kristensen JH. Drug use and breastfeeding. *Expert Opin Drug Saf* 2005;4:745–68.
 36. Rigourd V, de Villepin B, Amirouche A, Bruneau A, Seraiouss P, Florent A, et al. Ibuprofen concentrations in human mature milk—first data about pharmacokinetics study in breast milk with AOR-10127 “Antalait” study. *Ther Drug Monit* 2014;36:590–6.
 37. Spigset O, Hagg S. Analgesics and breast-feeding: safety considerations. *Paediatr Drugs* 2000;2:223–38.
 38. Sachs HC. The transfer of drugs and therapeutics into human breast milk: an update on selected topics. *Committee on Drugs. Pediatrics* 2013;132:e796–809.
 39. Montgomery A, Hale TW. ABM clinical protocol #15: analgesia and anesthesia for the breastfeeding mother, revised 2012. *Academy of Breastfeeding Medicine. Breastfeed Med* 2012;7:547–53.
 40. National Library of Medicine. Ibuprofen. In: *Drugs and Lactation Database (LactMed)*. Available at: <https://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/search2/?./temp/uu12C:1>. Retrieved March 23, 2018.
 41. Wischnik A, Manth SM, Lloyd J, Bullingham R, Thompson JS. The excretion of ketorolac tromethamine into breast milk after multiple oral dosing. *Eur J Clin Pharmacol* 1989;36:521–4.
 42. National Library of Medicine. Ketorolac. In: *Drugs and Lactation Database (LactMed)*. Bethesda (MD): NLM; 2018. Available at: <http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/search2/?./db+@DOCNO+153>. Retrieved April 2, 2018.
 43. Hendrickson RG, McKeown NJ. Is maternal opioid use hazardous to breast-fed infants?. *Clin Toxicol (Phila)* 2012;50:1–14.
 44. Kirchheiner J, Schmidt H, Tzvetkov M, Keulen JT, Lotsch J, Roots I, et al. Pharmacokinetics of codeine and its metabolite morphine in ultra-rapid metabolizers due to CYP2D6 duplication. *Pharmacogenomics J* 2007;7:257–65.
 45. Collier JK, Christrup LL, Somogyi AA. Role of active metabolites in the use of opioids. *Eur J Clin Pharmacol* 2009;65:121–39.
 46. Cascorbi I. Pharmacogenetics of cytochrome P4502D6: genetic background and clinical implication. *Eur J Clin Invest* 2003;33(suppl):17–22.
 47. Crews KR, Gaedigk A, Dunnenberger HM, Klein TE, Shen DD, Callaghan JT, et al. Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium (CPIC) guidelines for codeine therapy in the context of cytochrome P450 2D6 (CYP2D6) genotype. *Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium. Clin Pharmacol Ther* 2012;91:321–6.
 48. Koren G, Cairns J, Chitayat D, Gaedigk A, Leeder SJ. Pharmacogenetics of morphine poisoning in a breastfed neonate of a codeine-prescribed mother. *Lancet* 2006;368:704.
 49. U.S. Food and Drug Administration. FDA drug safety communication: FDA restricts use of prescription codeine pain and cough medicines and tramadol pain medicines in children; recommends against use in breastfeeding women. Silver Spring (MD): FDA; 2017. Available at: <https://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm549679.htm>. Retrieved March 9, 2018.
 50. Ingelman-Sundberg M. Pharmacogenetics: an opportunity for a safer and more efficient pharmacotherapy. *J Intern Med* 2001;250:186–200.
 51. Samer CF, Daali Y, Wagner M, Hopfgartner G, Eap CB, Rebsamen MC, et al. Genetic polymorphisms and drug interactions modulating CYP2D6 and CYP3A activities have a major effect on oxycodone analgesic efficacy and safety. *Br J Pharmacol* 2010;160:919–30.
 52. Linares OA, Fudin J, Daly AL, Boston RC. Individualized hydrocodone therapy based on phenotype, pharmacogenetics, and pharmacokinetic dosing. *Clin J Pain* 2015;31:1026–35.
 53. Boswell MV, Stauble ME, Loyd GE, Langman L, Ramey-Hartung B, Baumgartner RN, et al. The role of hydrocodone and OPRM1 in postoperative pain relief with hydrocodone. *Pain Physician* 2013;16:E227–35.
 54. National Library of Medicine. Morphine. In: *Drugs and Lactation Database (LactMed)*. Available at: <http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/search2/?./db+@DOCNO+370>. Retrieved March 9, 2018.
 55. Kelly LE, Chaudhry SA, Rieder MJ, 't Jong G, Moretti ME, Lausman A, et al. A clinical tool for reducing central nervous system depression among neonates exposed to codeine through breast milk. *PLoS One* 2013;8:e70073.
 56. Opioid use and opioid use disorder in pregnancy. *Committee Opinion No. 711. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol* 2017;130:e81–94.
 57. Gopman S. Prenatal and postpartum care of women with substance use disorders. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2014;41:213–28.
 58. Jones HE, Deppen K, Hudak ML, Leffert L, McClelland C, Sahin L, et al. Clinical care for opioid-using pregnant and postpartum women: the role of obstetric providers. *Am J Obstet Gynecol* 2014;210:302–10.
 59. Screening for perinatal depression. *Committee Opinion No. 630. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol* 2015;125:1268–71.
 60. Virginia Department of Health. Pregnancy-associated deaths from drug overdose in Virginia, 1999–2007: a report from the Virginia Maternal Mortality Review Team. Richmond (VA): VDH; 2015. Available at: <http://www.vdh.virginia.gov/content/uploads/sites/18/2016/04/Final-Pregnancy-Associated-Deaths-Due-to-Drug-Overdose.pdf>. Retrieved March 9, 2018.
 61. Maryland Department of Health and Mental Hygiene. Maryland maternal mortality review 2016 annual report. Baltimore (MD): DHMH; 2016. Available at: http://health.maryland.org/wp-content/uploads/2017/05/MMR_Report_2016_clean-copy_FINAL.pdf. Retrieved March 9, 2018.
 62. American Society of Addiction Medicine. Public policy statement on the use of naloxone for the prevention of opioid overdose deaths. Chevy Chase (MD): ASAM; 2016. Available at: <https://www.asam.org/docs/default-source/public-policy-statements/use-of-naloxone-for-the-prevention-of-opioid-overdose-deaths-final.pdf>. Retrieved March 9, 2018.
 63. Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC guideline for prescribing opioids for chronic pain—United States, 2016 [published erratum appears in *MMWR Recomm Rep* 2016; 65:295]. *MMWR Recomm Rep* 2016; 65(RR-1):1–49. Available at: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/rr/rr6501e1.htm>. Retrieved March 9, 2018.
 64. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Pain management and the opioid epidemic. Balancing societal and individual benefits and risks of prescription opioid use. Washington (DC): National Academies Press; 2017.