**Боль во время родов? Не обязательно!**

***Чечельницкий О.Е.***

*Заведующий отделением анестезиологии*

*приватной акушерской клиники «Исида», г. Киев*

 В настоящее время среди всех видов обезболивания в процессе родов наиболее современным и эффективным видом является эпидуральная анестезия. Этот вид обезболивания наиболее безопасен для рожениц, дает минимальное количество осложнений для будущей мамы и ребенка, предоставляет эффективное обезболивание в процессе родов.

Именно поэтому в акушерских клиниках развитых стран отдается предпочтение эпидуральной анестезии по сравнению с другими методами обезболивания. На сегодняшний день, во многих украинских роддомах эта методика доступна.

 Разговор на тему родовой боли и обезболивания родов очень важен, поскольку от некоторых обсуждаемых ниже моментов зависит не только Ваше самочувствие во время родов, но и во многом - здоровье Вашего будущего ребенка. Тема нашей статьи - родовая боль и что с ней можно делать.

 Разумеется, любая женщина знает, что роды представляют собой весьма болезненный процесс. Об этом становится известно еще с подросткового возраста, когда мамы, бабушки, телевидение и кино, литературные произведения "намертво" впечатывают данный стереотип в глубины впечатлительной психики подростка. И никто при этом не кривит душой - ведь боль действительно есть. Но если для уже рожавшей женщины преодоление этой боли является частью заслуженной материнской гордости, то для девочки-подростка перспектива родовой боли, пусть и отдаленная, является источником страха, крепко сидящего в подсознании.

 И вот в этом-то страхе кроется практически половина всей боли, которую испытывает женщина во время родов. Учеными это было замечено очень давно. Ведь действительно, зачастую женщина оказывается надломлена собственным страхом задолго до того, как первое болевое ощущение даст о себе знать. Страх понижает порог болевой восприимчивости и тогда даже неинтенсивная боль многократно искусственно усиливается анализирующими структурами головного мозга. Не думаю, что открою Вам секрет если скажу, что боль - это субъективное ощущение, существующее только в Вашем головном мозге и... нигде больше.

 Даже беглый взгляд на историю вопроса говорит, что развитие акушерской анестезии и аналгезии проходило очень медленно и болезненно, и настоящее время в этой области сохранилось еще немало "белых пятен".

 Самые первые попытки обезболить роды, по всей видимости, были связаны с внушением. Имеются данные и о некоторых других манипуляциях, применявшихся в древнем акушерстве. Женщинам прокалывали нос и уши, вдевая в них серьги, кольца и тому подобные талисманы, иногда вместе с этим выкрикивались устрашающие заклятья для изгнания демона боли. В Древнем Египте, Китае и других высокоразвитых древних цивилизациях пользовались такой сложной формой внушения, как гипноз.

 В дальнейшем идея обезболивания родов не претерпела существенных изменений, поскольку в той же Библии содержится строгий запрет на всякое вмешательство в сотворённое Богом. Цитата из Библии: "В муках рожать будешь детей своих" - до сих пор широко используется ортодоксальными противниками обезболивания родов. С распространением христианства люди, которые терпели боль, считались благочестивыми, и поэтому родовая боль воспринималась женщинами как дарованная свыше. Примерно такое же отношение к болезненным родам было и на Востоке.

 Несмотря на все эти учения, попытки облегчить муки женщины предпринимались все чаще. В дополнение к психологической аналгезии или вместо нее использовались разнообразные фармакологические препараты. В основном это были настойки трав и экстракты таких лекарственных растений, как мандрагора, опийный мак и конопля, а также разнообразные алкогольные коктейли.

 Попытки врачей облегчить состояние женщины в родах в средние века сурово карались. Поэтому серьёзные исследования в этой области начались только в начале девятнадцатого века, и кульминацией их было проведение аналгезии роженице 19 января 1847 года сэром Джеймсом Янгом Симпсоном, знаменитым акушером из Эдинбурга. Это было первое документированное применение эфирного наркоза при родах. В дальнейшем он отмечал, что эфир эффективно снимает родовую боль и способствует снижению травматизма в родах. Следует отметить, что данное знаменательное событие состоялось всего через три месяца после того, как Уильям Томас Мортон провел первый эфирный наркоз в Массачусетсе 16 октября 1846 года. Т.о., анестезиологи, работающие в акушерстве, по праву могут считать 19 января своим вторым профессиональным праздником. Кстати, по легенде первая девочка, родившаяся под эфирным наркозом, получила имя Анестезия.

 Симпсон также ввёл в хирургическую практику хлороформ и впервые использовал этот препарат для обезболивания родов 8 ноября 1847 года.

 Однако использование анестезии в родах встретило резкий протест среди врачей и широкой публики, но особенно возмущалась церковь, называя Симпсона еретиком и посланцем дьявола. В доказательство приводились вышеприведённые слова из Библии: "В муках будешь рожать детей своих". В противовес этим домыслам Симпсон, который сам хорошо знал Библию, привёл следующую цитату: "Только Господь без греха". Симпсон также смог убедить многих британских акушеров, которые были против обезболивания родов. У него были очень сильные аргументы, поэтому в течение короткого периода времени акушерская анестезия стала применяться в Британии и других странах Европы, а также в США.

 Во многом развитию акушерской анестезии помогли следующие обстоятельства. Джон Сноу, который считается одним из отцов анестезиологии и первым профессиональным анестезиологом, произвёл обезболивание родов королеве Англии Виктории в 1853 году, когда она рожала своего восьмого ребёнка, принца Леопольда и через 4 года, когда родилась принцесса Беатрис. Сообщение об этом было опубликовано в журнале "Lancet". В нём говорилось о том, что королева была очень довольна.

 Это сломало всех скептиков - медицинских и религиозных, которые выступали против обезболивания родов.

 В дальнейшей хронологии истории обезболивания родов хотелось бы выделить следующие события, сыгравшие важную роль:

* первое применение закиси азота в акушерстве русским доктором Кликовичем в 1880 году;
* каудальная или сакральная анестезия, впервые проведённая в 1909 году Стокелем;
* поясничная эпидуральная анестезия в 1921 году и внедрение её примерно через 10 лет в акушерскую практику;
* применение морфина для обезболивания родов в начале XX века введение в практику длительной каудальной анестезии в акушерстве в 1942 году Хингстоном и Эдвардсом;
* внедрение непрерывной эпидуральной анестезии Круэбло и первое применение метода в акушерстве в 1949 году;
* концепция "естественных родов" и метод психопрофилактики по Ламазу с 1950 года.

 Большую пользу в решение проблемы принесли монументальные дискуссии Папы Римского Пия XII в 1956 и 1957 годах, в которых было указано на то, что женщина вовсе не обязана терпеть родовую боль, на чем настаивали все католические лидеры прошлого. В ответ на известный нам аргумент " В муках будешь рожать детей своих" он ответил: "Человек имеет право воздействовать на силы природы и использовать все преимущества, которые он знает, для того, чтобы избежать физической боли или подавить ее. Врач действует в соответствии с волей Создателя, который поручил земные дела человеку".

 Поэтому большинство католичек, которые отказывались от проведения анестезии в родах по моральным соображениям, переменили свое мнение. Более того, положительное влияние других религий, особенно в течение последних лет, дало свои результаты. Таким образом, старая концепция отказа от всякой анестезии в родах уступила место разумному сотрудничеству врача и пациентки.

 Отдельно хотелось бы расставить акценты на следующих обстоятельствах. Анестезиолог, обеспечивающий обезболивание родов, отвечает не только за уменьшение страданий пациентки от болезненных схваток, но и принимает на себя полную ответственность за последствия своих действий, которые могут сказаться на течении и исходе родов, а также на состоянии новорожденного. Профессионализм анестезиолога, работающего в акушерстве, в числе прочего подразумевает, что он должен отчётливо представлять себе физиологию родового акта, биомеханизм родов, проблемы родостимуляции, и проводить обезболивание в чётком соответствии с этапами родов и состоянием родовых путей. В тех учреждениях, где анестезиологи подходят к обезболиванию родов односторонне, и кроме родовой боли других проблем не видят, походы в операционную после эпидуральной анестезии в родах по причине родовой слабости или отсутствия эффекта родостимуляции - довольно частое явление.

 Факторы, влияющие на болевые ощущения при родах:

* Интенсивность и длительность схваток.
* Степень и скорость раскрытия шейки матки.
* Растяжение перинеальных тканей.
* Возраст, предыдущие роды, общее медицинское состояние пациентки.
* Относительное соответствие размеров плода размерам родового канала.

 В настоящее время в арсенале борьбы с родовой болью имеется достаточное количество методик, применяемых на разных стадиях родов и обладающих различной степенью эффективности.

 Из объединяет по крайней мере одна важная общая черта – они должны быть безопасны как для матери, так и для ребенка.

 Часть таких методов эффективна при применении на ранних стадиях, как например психопрофилактика родов, гипноз, «белый шум», акупунктура. Эффективность их варьирует, но как правило методы, которые можно применять в массовом порядке (психопрофилактика, «белый шум») отличаются довольно низкой эффективностью (примерно 25 – 30% женщин полагают, что они эффективны).

 Более часто применяются более специализированные методики, с соответственно более высокой эффективностью. Сюда относятся ингаляция закиси азота, внутримышечные инъекции опиатов, эпидуральная аналгезия.

 Ингаляционные анестетики – применение трилена (газообразного анестетика) для обезболивания родов прекращено практически во всем мире, равно как и использование самого трилена в анестезиологии. Основным препаратом для этой цели является смесь закиси азота с кислородом. Но у этой методики есть один недостаток, при использовании этой смеси существует временной зазор между началом ингаляции и развитием аналгезии примерно в 45 секунд, что нужно объяснить пациентке. Как результат, до 50% рожениц считают, что не получили достаточного обезболивания пери помощи закиси азота.

 В последнее время появились сообщения об эффективном использовании закиси азота с кислородом с добавлением 0,5% изофлюрана. Однако это только предварительные сообщения и методика нуждается в дальнейшем изучении.

 Наркотические аналгетики – применение их всегда связано с опасностью развития депрессии дыхательного центра новорожденного, поэтому традиционно они если и применялись, то в небольших дозах и как крайнее средство. Тем не менее, опиаты достаточно эффективны на ранних стадиях родов.

 Эпидуральная аналгезия – наиболее популярный и эффективный вид обезболивания родов. В некоторых центрах частота применения эпидуральной аналгезии достигает 90%. Популярность этой методики объясняется ее относительной безопасностью для матери и ребенка, высокой эффективностью, гибкостью в ведении родов и возможности при необходимости применить эпидуральную анестезию для кесарева сечения.

**Какие же показания и противопоказания существуют для эпидуральной анестезии?**

**Абсолютные противопоказания:**

* *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 гипарина, варфарина и так далее.
* *Не откоррегированная 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 эпидуральной анестезии:**

 Деформация позвоночника или операция на поясничном отделе его. Анестезия технически может оказаться очень трудной, и эпидуральный блок часто приводит к появлению незаблокированных сегментов. Тем не менее, анестезия возможна и уже описан целый ряд случаев спинальной анестезии для кесарева сечения после, например, коррекции сколиоза дистракторами Харрингтона.

 Наличие активного неврологического заболевания. Речь идет о заболеваниях типа рассеянного склероза и тому подобных хронически текущих состояниях. Нет никаких данных, связывающих обострение таких заболеваний с региональной анестезией, однако простое совпадение обострения заболевания по времени с региональным блоком может привести к нежелательному конфликту. При необходимости проведения операции с применением региональной анестезии необходимо объяснить пациентке вышеуказанные соображения, документировать это в истории болезни, и если пациентка настаивает, то пользоваться методикой или препаратом, наиболее знакомым анестезиологу.

 Потенциальная значительная кровопотеря при операции (предлежание плаценты). В подобных случаях совершенно необходимо тесное сотрудничество анестезиолога, акушера и специалиста по УЗИ (диагностика степени предлежания плаценты может изменить относительные противопоказания на абсолютные). Рубец на матке (то есть повторное кесарево) не является противопоказанием для региональной анестезии.

**Серьезные осложнения эпидуральной аналгезии:**

1. **Снижение артериального давления.**

 Для того чтобы предотвратить развитие этого осложнения вы будете получать жидкость внутривенно. Кроме того, во время родов обычно нужно лежать на боку, а после родов необходимо оставаться в кровати до прекращения действия блока.

1. **Недостаточная анестезия.**

 Иногда действие анестетика бывает "мозаичным" или односторонним. Анестезиолог может изменить ваше положение в кровати или подтянуть эпидуральный катетер. Редко может потребоваться повторное проведение эпидуральной анестезии.

1. **Головная боль.**

 Головная боль встречается нечасто, примерно в 0,7-1,4% случаев. Сохранение требуемого положения во время проведения пункции помогает предотвратить ее появление. При возникновении головной боли обычно эффективны простые меры: постельный режим, прием жидкости и обезболивающих препаратов. Если боли сохраняются, может потребоваться дополнительное лечение.

1. **Реакция на местные анестетики.**

 Реакция на местные анестетики случается редко, но может быть серьезной. Во время беременности расширяются вены, проходящие в эпидуральном пространстве, и поэтому существует опасность внутрисосудистой инъекции. Для того чтобы избежать нежелательных реакций анестезиолог первоначально вводит тест-дозу препарата и просит роженицу обратить внимание на возможность появления головокружения, металлического вкуса, сердцебиения или онемения.

**Несколько слов о самой методике эпидуральной анестезии**

 Epi - означает вокруг/снаружи, а dura - название пространства, которое окружает спинной мозг и жидкость спинного мозга и содержит жировую клетчатку. Эпидуральная анестезия, включает в себя следующее: местное обезболивающее вкалывается в область снаружи спинного мозга.

 Если вам требуется произвести эпидуральную анальгезию, ваши акушер и анестезиолог должны будут оценить ваше состояние и состояние ребенка, данные о прошлых анестезиях и течение ваших родов.

 Время для начала эпидуральной анальгезии определяется акушером и анестезиологом в зависимости от потребностей роженицы и ребенка во время родов.

 Эпидуральная поясничная анестезия выполняется в нижней части спины в положении пациентки сидя или лежа на боку. Анестезия производится ниже уровня, на котором заканчивается спинной мозг.

 До выполнения блока кожа обрабатывается раствором антисептика. Затем анестезиолог выполняет местную анестезию кожи в месте пункции. После этого специальная игла вводится в эпидуральное пространство позвоночника, немного не доходя до спинального пространства. Через иглу вводится эпидуральный катетер, который представляет собой тонкую гибкую трубочку. Иногда катетер может коснуться нерва, вызывая простреливающее ощущение в ноге.

 Далее игла извлекается, а катетер прикрепляется к спине. Последующие инъекции уже не потребуют повторной пункции, а производятся через катетер. Считается, что вводимый эпидурально местный анестетик обеспечивает эпидуральную блокаду, омывая спинномозговые нервы и частично проникая в спинальное пространство.

 Начало действия блока постепенное и медленное. Обезболивание обычно развивается через 10-20 минут после эпидурального введения и может быть продолжено до конца родов, так как дополнительные дозы препаратов могут быть введены через эпидуральный катетер. После родов катетер извлекается и спустя несколько часов ваши ощущения возвращаются к норме. При существенном уменьшении боли может сохраняться ощущение давления при схватках и влагалищном обследовании, выполняемом акушером. Могут быть преходящее онемение, слабость и тяжесть в ногах.

 Эпидуральная анестезия имеет много преимуществ перед другими методиками обезболивания родов. У неё есть возможность блокировать болевые импульсы исходящей от матки, шейки матки и влагалища. А также поддерживать обезболивающий эффект на протяжении всех родов.

 По словам некоторых акушеров, впервые увидевших эффект эпидуральной анестезии, они были просто по-хорошему шокированы видом роженицы, которая на высоте интенсивной схватки спокойно читала книжку, поскольку это действительно выглядело очень нетипично. Кроме того, зарубежные исследования показали, что у эпидуральной анестезии есть еще масса положительных эффектов, включая даже нормализующее влияние на обмен веществ у новорожденного.

 Эпидуральная анальгезия принципиально не влияет на сократительную способность матки и на родовую деятельность. Однако применяют ее только тогда, когда началось открытие шейки матки и установились регулярные схватки. После обезболивания женщина чувствует схватки как обычное напряжение мышечного органа. Болей при этом нет. Роженица может спокойно отдыхать, дремать, менять положение тела, испытывая только дискомфорт. Перидуральная анальгезия оказывает положительный эффект на родовой акт. Несколько быстрее идет раскрытие шейки матки, укорачивается первый период родов. А во втором периоде, когда идет продвижение головки по родовым путям, благодаря эпидуральной анестезии снимается спазм мышц тазового дна, что способствует более плавному и мягкому продвижению плода.

 Если женщина начинает рожать под анальгезией, а роды по какой-то причине не идут, то врач берет анестетик другой концентрации, вводит его с необходимой скоростью через катетер, и женщина в ясном сознании путем операции кесарева сечения производит на свет здорового ребенка.

 Пункция сама по себе достаточно болезненная процедура, так как используется игла большого диаметра. Поэтому, прежде всего, проводят анестезию кожи и подкожной клетчатки. Женщина в момент укола ощущает только давление в области спины, а боли не чувствует.

 В момент операции болевая чувствительность также отключена. Женщина может чувствовать, что с ней что-то делают, например, надавливают на живот, но не более того.

 Эта методика максимально приближает операцию кесарева сечения к естественным родам и сразу после извлечения из разреза на матке, ребенок может быть выложен матери на грудь, приложен к ней.

 **К неоспоримым достоинствам этой методики обезболивания родов относятся:**

* **эпидуральная анальгезия/анестезия безопасна для матери и ребенка;высокая эффективность (полноценное обезболивание достигается в 92-95%);**
* **возможность сохранить сознание роженицы;**
* **улучшение кровоснабжения матки;**
* **отсутствие угнетающего воздействия на родовую деятельность;**

 Что и делает применение эпидуральной анестезии наиболее современным и применяемым в продвинутых акушерских клиниках методом обезболивания в процессе родов.