

боль — помощник или провокатор?

Обсуждение достоинств и недостатков современных методов обезболивания в родах



Авторы: Виктор Евсеевич **Рагзинский**, засл. деятель науки РФ, член-корр. РАН, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского института РУДН им. Патриса Лумумбы, вице-президент РОАГ, президент МАРС (Москва); Алина Викторовна **Соловьёва**, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины ФНМО того же института (Москва); Евгения Юрьевна **Щербатах**, канд. мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии с курсом репродуктивной медицины Академии медицинского образования им. Ф.И. Иноземцева (Москва)

Что такое боль и возможна ли жизнь без неё? Это — **основа всех эмоций**, позволяющая понять ценность различных ситуаций. Негативные эмоции вызваны чувством боли, а положительные — избавлением от неё. Избегая боли, мы приходим к тому, что наши эмоциональные реакции оказываются абсолютно непропорциональными значимости события.

В Библии, в Ветхом завете, есть слова: «жене сказал: умножая умножу скорбь твою в беременности твоей; **в болезни будешь рождать детей**». Так Бог наказал Еву за то, что она искусила Адама. Грех первой женщины передан всем её последовательницам — они были обречены на **сильную боль в родах**. С той лишь разницей, что современные медицинские и фармацевтические достижения способны **значительно облегчить муки** пациентки и даже полностью избавить от них.

Родовая боль — это сигнал о борьбе за новую ценность в жизни матери, семьи и обеспечения места ребёнка в социуме. Она физиологична и в норме безопасна и вполне переносима. Однако действительность изменилась: сегодня большинство женщин **не хотят испытывать болезненных переживаний в родах**. Иначе обстоят дела с чрезмерной болью, которая нарушает родовой акт и способна привести к неблагоприятным последствиям. **Управление родовой болью** имеет немаловажное значение для благополучного завершения родов¹.

Боль без боли

В 2017 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) опубликовала стандарты по оказанию медицинской помощи для улучшения качества ухода за матерями и новорождёнными в медицинских учреждениях, а в 2018-м — рекомендации по уходу в интранатальный период^{2,3}. Они были направлены на уменьшение частоты кесарева сечения других оперативных пособий, улучшение здоровья и благополучия пациенток и их детей, а также на приобретение

позитивного опыта беременности и побуждение женщин рожать повторно. Согласно этим документам, каждая роженица достойна уважения, а медицинский персонал родильного отделения должен предоставить ей понятные объяснения и инструкции. Пациентка также может придерживаться **активного и свободного поведения** во время схваток и выбирать **наиболее удобное для неё положение тела** при родах².

Одна из вышеописанных рекомендаций ВОЗ призывает обеспечить пациентке **возможность обезболивания**². Женщины по предыдущему собственному опыту или по рассказам знакомых знают об интенсивных болезненных ощущениях во время родов, что формирует у них определённые страхи. Вероятно, именно по этим причинам многие будущие матери отказываются от естественных родов и **просят выполнить им кесарево сечение**, если даже для этого нет медицинских показаний⁸. В любом случае «ожидание» неизбежной боли вызывает у пациенток усталость, беспокорство, стресс, что может неблагоприятно отражаться на самочувствии вплоть до развития посттравматического стрессового расстройства и послеродовой депрессии⁵⁻⁷.

[**Существующие эффективные немедикаментозные методы обезболивания родов благоприятно влияют на течение последних и не оказывают отрицательного воздействия как на плод, так и на организм матери.**]

Для обезболивания родов используют разные методы — они должны быть эффективными в плане облегчения боли, а также безопасными и комфортными как для матери, так и для плода. Один из наиболее распространённых способов — **эпидуральная анестезия**. При её использовании блокируются афферентные ноцицептивные стимулы, но при этом не характерно длительное онемение и паралич нижних конечностей, что свойственно для более мощной спинномозговой анестезии^{12,13,14}.

Однако у этого метода есть и недостатки. Как отмечают некоторые исследователи, его применение даже может быть причиной расстройств аутисти-

ческого спектра у детей в будущем²⁷. Существуют убедительные подтверждения потенциально **вредных последствий** нейроаксиальной анальгезии **на развивающийся головной мозг**, хотя патогенез неврологических нарушений не был доказан^{37,38}. Впрочем, результаты многих исследований противоположны: большинство работ не зарегистрировали различий между детьми, рождёнными у матерей с использованием этого вида обезболивания в родах и без него.

Ещё один важный побочный эффект эпидуральной анальгезии — её использование приводит к **гипертермии** примерно у 21% рожениц. Механизм этого явления не ясен, однако по одной из версий блокада симпатических нервов предотвращает расширение сосудов и потоотделение и тем самым ограничивает потерю тепла⁴². Так, выработка тепла, которая становится ещё более активной в период родов, приводит к **повышению температуры тела** матери.

Известно, что эпидуральная анестезия может снижать оценку по шкале Апгар^{25,26} и значительно (**в 4 раза!**) повышает частоту **гипертермии в родах**, которая приводит к тяжёлым акушерским и неонатальным исходам²¹. Есть данные, что этот вид гипертермии мо-

жет стать причиной неонатальной травмы головного мозга²⁴.

В одной из работ оценивали перинатальные исходы у 575 доношенных детей²². Матерей, у которых максимальная температура тела достигала 38°C и более, сравнивали с двумя подгруппами рожениц, у которых соответствующие максимальные температуры составляли 38–38,9°C и более 39°C. Как выяснили авторы, с повышением уровня гипертермии возрастала и вероятность осложнений. Так, при температуре тела матери 38–38,9°C риски **неонатального сепсиса и поступления в отделение интенсивной терапии** новорождённых достигали 4,28 (ОР 95% ДИ

2,162–8,479) и 1,73 (ОР 95% ДИ 1,125–2,666), более 39°C — 6,4 (ОР 95% ДИ 2,45–16,725) и 2,23 (95% ДИ 1,021–4,854), соответственно. Кроме того, показатели материнской температуры 38–38,9°C и более 39°C были связаны с более высоким риском **оперативных родов** (ОР 2,24, 95% ДИ 1,373–3,648 и ОР 3,59, 95% ДИ 1,398–9,226, соответственно) и **хориоамнионита** (ОР 3,77, 95% ДИ 2,261–6,271 и ОР 19,24, 95% ДИ 7,385–50,111, соответственно)²².

Интересен ретроспективный анализ с участием 325 беременных. У 42 женщин из 208, получавших эпидуральную анестезию, во время родов наблюдали высокую температуру, которая была выше, чем у 117 женщин без неё (20,19% vs 0,85%). Лихорадка у матерей была чаще ассоциирована с хирургическими вмешательствами (ОР 4,05; 95% ДИ, 1,44–11,39) и неонатальным инфицированием (ОР 5,13; ДИ 1,98–13,29) по сравнению с группой без лихорадки. Как отметили авторы, на частоту повышения температуры у пациенток влияли **частые осмотры шейки матки** (более 7 раз), длительность первого этапа родов (более 442,5 мин), а также **продолжительность эпидуральной анестезии** (более 610 мин) и доза препарата²³.

Боль руками отведу

Как показали различные исследования и отечественный опыт, достичь анальгезии можно и при использовании **немедикаментозных методов**. Кроме того, они благоприятно влияют на течение родов и не оказывают отрицательного воздействия на плод и организм матери³³. Несмотря на всё это, применение подобных способов обезболивания родов носит «волнообразный характер» и весьма ограничено в современном акушерстве. В основном они направлены на **избавление от страха**, «расслабление» роженицы путём создания для неё **комфортной** эмоциональной и психологической обстановки.

Какие же доступные средства могут облегчить состояние будущей матери? Прежде всего, это **нахождение рядом партнёра** или других близких людей (матери, сестры), способных оказать

ей психологическую поддержку, а также помощь и внимание медицинского персонала. Важно спокойно и доходчиво информировать пациентку о процессе родов и возможных вмешательствах.

Роженица также вольна выбирать наиболее удобное и приемлемое для неё положение в первом периоде родов — лёжа на боку, стоя, сидя с широко разведёнными ногами или на фитболе для снятия напряжения с мышц тазового дна, коленно-локтевую позицию. Женщина может ходить по палате, если это успокаивает боль и позволяет расслабиться.

Уменьшить болевые ощущения помогает использование различных видов массажа, например, с воздействием на зоны от пупка вниз до паховых складок или в области крестца. Можно выполнять как самомассаж, так и попросить об этом партнёра. Движения могут варьировать от лёгкого поглаживания до интенсивного растирания необходимой области фалангами пальцев, ладонями, кулаками. Для достижения максимального обезболивающего эффекта рекомендовано делать небольшие перерывы между массажем, практиковать различные техники и чередовать участки тела, подвергаемые воздействию.

Эффективным способом для уменьшения боли в ходе родов признаны специальные дыхательные техники, практиковать которые можно в любом положении, удобном для роженицы. насыщение организма кислородом приводит к дополнительному выбросу эндорфинов — природных обезболивающих средств.

В числе других немедикаментозных методов при боли в пояснице или любой другой родовой боли применяют акупрессуру, фитбол, аппликацию тёплых пакетов, техники релаксации, включая постепенное мышечное расслабление и дыхательные методики, йогу, тёплый душ или погружение в воду (температура не выше 37°C) в первом периоде родов, аудиоаналгезию (прослушивание музыки или звуков природы), ароматерапию, гипноз и др.

Многие методики предложил и описал отечественный учёный И.З. Вельвовский ещё в 1949 году⁹. Однако широкую европейскую известность они получили благодаря использованию физиопсихопрофилактики (так метод на-

звали отечественные акушеры) французским врачом Фернаном Ламазом (Fernand Lamaze). Его рекомендации предусматривали исключение вмешательства в родах (например, лекарственного обезболивания) **без императивной необходимости**⁴. Однако развитие акушерской анестезиологии и появление современных технологий «отодвинуло» этот метод. В настоящее время применяются различные способы обезболивания родов, основным из которых признана **регионарная анестезия** как с известными (см. выше), так и с до конца не выявленными недостатками.

Лечение... током!

Особо интересен немедикаментозный вид обезболивания, основанный на чрескожной электрической стимуляции нервов (ЧЭНС). Использование

электрического тока низкого напряжения активирует **естественные механизмы облегчения боли** в центральной нервной системе, что стимулирует выделение эндорфинов и уменьшает болезненные ощущения⁵⁴.

ЧЭНС хорошо зарекомендовала себя в различных модификациях в неврологии, травматологии, а также находит своё применение и в акушерстве, например, при боли **лёгкой и средней степени** (3–7 баллов по визуальной аналоговой шкале) в первом периоде родов, а также при болевом синдроме **после кесарева сечения**, эпизиотомии и при разрывах промежности. ЧЭНС позволяет роженице активно участвовать в родовом процессе, выбрать удобное положение и не ухудшает состояние новорождённых.

Для выполнения ЧЭНС у женщин электроды располагают на уровне позвонков T10–L1 и S2–S4.

Между схватками используют режим А и А Boost (частота 80 Гц и ширина импульса 150 мкс) до появления **ощущения покалывания или щекотания**, но без сокращения мышц или болевых ощущений. При усилении интенсивности схваток и боли возможен переход на программы В, В Boost (150 Гц, 150 мкс) и С (80 Гц, 250 мкс), работающие непрерывно и обеспечивающие более высокий уровень обезболивания. Выраженный обезболивающий эффект наступает максимум через 40 мин после начала применения прибора. Пациентка также может выполнять манипуляцию самостоятельно после предварительного обучения.

Как показали многочисленные клинические исследования, при применении ЧЭНС **у 21,5% рожениц боли исчезли полностью** или стали легко переносимыми, **у 67,7% — только в области поясницы**, однако сохранялись в нижних отделах живота во время схватки. У 10,7% женщин болевые ощущения не ослабевали, что потребовало назначения опиоидных анальгетиков внутримышечно⁵⁵. Результаты систематического обзора (26 исследований с участием 3348 пациенток) продемонстрировали, что ЧЭНС способствует снижению интенсивности боли во время родов (ОР 1,52; 95% ДИ 1,35–1,7)⁵⁶. В интересной клинической работе с участием 63 женщин показатели боли при оценке с использованием визуальной аналоговой шкалы были значительно ниже в группе ЧЭНС (–2,9, 95% ДИ от –4,1 до –1,6, $p < 0,001$), чем в группе плацебо⁵⁷.

Электричество против боли

В чём заключается метод ЧЭНС? Сильный сенсорный сигнал электростимулятора **блокирует передачу нервных импульсов**, идущих от матки и промежности в центральную нервную систему. Это называют закрытием «ворот» боли — механизм вступает в силу довольно быстро после начала воздействия аппарата. Импульсные электрические токи доставляют электроды, наложенные на неповреждённую кожу. При низкочастотных настройках и несколько более мощных выходных сигналах электричество стимулирует двигательные нервы, создавая **небольшие повторяющиеся сокращения мышц**. Воспринимаемое мозгом «упражнение» способствует выделению эндорфинов. Для достижения максимального уровня обезболивания обычно требуется около 40 мин, причём эффект может сохраняться в течение нескольких часов после выключения устройства⁵⁵.

Прибор для электростимуляции Perfect Mama+ (производитель «ТенсКэа Лтд», Великобритания) позволяет женщинам **самостоятельно управлять болью** в родах, начиная от первых схваток и до полного раскрытия шейки матки, делая этот период комфортным и безболезненным. Портативное устройство можно использовать в домашних условиях или в медицинском учреждении. Большой экран с подсветкой облегчает пользование, а комбинация настроек частоты и ширины импульса даёт возможность **выбирать время и программу** и регулировать мощность.

Прибор оснащён таймером схваток, фиксирующим их длительность, что позволяет контролировать первый период родов. Электростимулятор можно использовать также **и в послеродовом периоде** для облегчения боли после кесарева сечения, разрывов промежности или эпизиотомии.

Perfect Mama+ зарегистрирован в РФ как медицинское изделие, его эффективность доказана в международных исследованиях. Применение устройства помогает будущим матерям получить **хороший опыт родов**. Около 90% использовавших электростимулятор планируют прибегнуть к его помощи для своих следующих родов.



Благодаря современным возможностям медицины эффективное **облегчение боли** возможно. Что именно выбрать — назначение лекарственных препаратов, анестезию или немедикаментозные методы — во многом зависит от конкретной клинической ситуации, индивидуальных особенностей роженицы, эффективности и безопасности средств и других порой неочевидных факторов. Главное, что у нас есть этот выбор. **SP**

Библиографию см. на с. 102–110.