

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОБЕЗБОЛИВАНИЮ РОДОВ: ЧТО НОВОГО?

В настоящее время особое внимание уделяется повышению эффективности профилактических мероприятий, направленных на снижение перинатальной заболеваемости и смертности, за счет рационального ведения родов на фоне адекватного обезболивания. Роды являются единственным физиологическим процессом, который сопровождается значительными болевыми ощущениями.

При недостаточном обезболивании родов выраженные болевые ощущения способствуют развитию стрессовой реакции, что ведет к увеличению сердечного выброса, повышению артериального и центрального венозного давления, потребления кислорода. Повышенный уровень катехоламинов приводит к нарушению маточно-плацентарного кровотока, несвоевременному излитию околоплодных вод, развитию аномалий родовой деятельности, затяжному течению родового акта, увеличению частоты оперативного родоразрешения. Рациональное ведение родов позволяет предотвратить многие осложнения для роженицы и имеет важное значение для снижения перинатальной заболеваемости и смертности плода.

Требования к анестезиологическому пособию в акушерстве имеют свои особенности, которые заключаются в выборе оптимальной методики обезболивания с учетом воздействия не только на гомеостаз роженицы, но и на течение родового акта, сопутствующую акушерскую и экстрагенитальную патологию и функциональное состояние плода. На современном этапе для обезболивания родов широкое применение получила длительная эпидуральная анальгезия. Интерес к этому виду обезболивания объясняется появлением новых малотоксичных и длительно действующих анестетиков, а также внедрением метода катетеризации эпидурального пространства, позволившей сделать анальгезию управляемой и длительной.

**21–24 сентября в Днепре состоялся VII Национальный конгресс анестезиологов, в рамках которого были рассмотрены важнейшие вопросы анестезиологического обеспечения у беременных, а также современные методы обезболивания родов.**

Профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии НМАПО им. П.Л. Шупика, главный внештатный специалист по вопросам акушерской реанимации г. Киева доктор медицинских наук, профессор Руслан Афанасьевич Ткаченко в своем докладе рассказал об особенностях анестезиологического обеспечения у беременных с точки зрения практикующего анестезиолога и о современных методах обезболивания родов.

На сегодняшний день, несмотря на все методы современной медицины, уровень материнской смертности во всем мире остается высоким и, согласно данным Всемирной организации здравоохранения 2015 года, составляет до 303 000 смертей ежегодно. Такая же неутешительная ситуация складывается в Украине. Если в период с 1997 по 2003 год отмечалось снижение материнской смертности, то с 2003 года — ее рост. В настоящее время этот показатель составляет 20 смертей на 100 000 родов. При этом ведущими причинами по-прежнему остаются кровотечения, сепсис и тромбоэмболии.

Кровотечения в структуре материнской летальности, согласно данным статистики 2014–2015 гг., занимают 2-е место. При этом в случае тяжелой кровопотери более 2 литров коагулопатии встречаются в 40 % случаев. Поэтому необходимо обращать внимание на базовые показатели, такие как температура в подпаховой области, уровень кальция, гемоглобина, тромбоцитов и др. Желательно использование тромбоконцентрата в адекватной дозе: 1 доза на 10 кг, а также наличие в каждом родильном доме аппарата для проведения тромбоцитозфереза и коагулометров.

Также нередко материнская смертность связана с развитием сепсиса. Поэтому назначение эмпирической антибактериальной терапии должно осуществляться в течение первого часа после поступления пациентки. Для этого каждое родильное учреждение должно иметь запасы карбапенемов и быть оснащено функционирующей бактериальной лабораторией. Кроме того, современные лаборатории должны определять показатели прокальцитонина и прогестиннов.

Что касается тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), возникающей у беременных женщин и рожениц, необходима налаженная система диагностики данного осложнения и назначение антикоагулянтов, доза которых зависит от степени риска. Однако, к большому сожалению, на сегодняшний день эта система плохо работает не только в акушерстве, но и в общей терапии.

Всего выделяют 4 степени риска ТЭЛА: низкую, среднюю, высокую и очень высокую. Если риск возникновения ТЭЛА низкий, то во время беременности антикоагулянты не назначают, их применение необходимо лишь при оперативном вмешательстве, например кесаревом сечении. У пациенток со средним риском во время беременности возможна тромбопрофилактика низкомолекулярным гепарином. При высоком и очень высоком риске обязательно проведение тромбопрофилактики до и после родов с переходом через 3 месяца на пероральные антикоагулянты.

К препаратам выбора относятся нефракционированные и низкомолекулярные гепарины, рекомендованные Испанской ассоциацией акушеров-гинекологов и всеми существующими протоколами; в случае их непереносимости беременным назначают фондапаринукс. Также необходимо обратить внимание на такой важный аспект, как учет массы тела при назначении низкомолекулярных гепаринов, поскольку при ожирении, которое уже является фактором риска развития тромбоэмболических осложнений, доза должна быть большей.

Вопрос о назначении тромболитической терапии по-прежнему остается предметом дискуссии, хотя в рекомендациях 2014 года по ведению пациентов с ТЭЛА четко прописано, что противопоказаниями к тромболитису являются беременность, послеродовой и послеоперационный периоды.

В настоящее время для осуществления профилактики и лечения тромбоэмболий необходим контроль стратификации риска и выбор правильного дозирования, обеспечение консультативной помощью, совершенствование методов тромбэктомии. Такие операции уже проводятся в Украине, но, к сожалению, их крайне мало.

Для снижения материнской смертности важным аспектом является оказание своевременной медицинской помощи, повышение уровня квалификации акушеров-гинекологов, создание новых протоколов и совершенствование старых, внедрение новейших технологий и мировых стандартов оказания помощи.

Также важным вопросом современного акушерства является обезбоживание родов. Согласно данным собственного исследования (Ткаченко Р.О., 2009), боль у рожениц в первом периоде родов в 60,7 % случаев была нестерпимой либо очень сильной, в 32,8 % — сильной, в 6,5 % — умеренной. Как результат воздействия стресса и родовой боли развивается нейроэндокринная реакция, сопровождающаяся повышенным потреблением кислорода и усиленным метаболизмом углеводов. В ответ на это повышается уровень катехоламинов, что приводит к спазму сосудов маточно-плацентарного кровотока, нарушению поступления кислорода к плоду, развитию его гипоксии и ацидоза.

Рациональное ведение родов и их обезбоживание позволяют предотвратить многие осложнения для роженицы и имеют важное значение для снижения перинатальной заболеваемости и смертности плода. Согласно практическим рекомендациям анестезиологов 2016 года, перед проведением эпидуральной анестезии (ЭДА) обязательно определение уровня тромбоцитов и частоты сердечных сокращений плода. Эпидуральную анестезию следует начинать в латентный период, когда открытие шейки матки составляет менее 5 см. Раннее проведение ЭДА как обязательный компонент пособия рекомендуется при обезбоживании родов у пациенток с рубцом на матке.

В 2008 году в собственном исследовании (Ткаченко Р.О.) изучалось влияние лидокаина и бупивакаина на частоту кесарева сечения и применения утеротони-

ков. Было установлено, что при раннем проведении эпидуральной анестезии лучше использовать бупивакаин. В сравнении с лидокаином при его применении в 2 раза реже возникала необходимость кесарева сечения и в 3 раза — применения утеротоников.

Основным показанием к проведению эпидуральной анестезии является собственное желание женщины избавиться от боли. Однако существуют акушерские показания, к которым относятся многоплодие и преэклампсия, и анестезиологические — трудные дыхательные пути, ожирение. Практические рекомендации для анестезиологов 2016 года относительно анестезиологической техники гласят, что адекватная аналгезия неосложненных родов должна проводиться минимальными концентрациями анестетиков с минимально возможным моторным блоком. При этом постоянная эпидуральная инфузия местных анестетиков (ПЭДИ) более эффективна. Ее применение для обезбоживания родов и потуг, особенно в комбинации с опиоидами, обеспечивает лучшее качество аналгезии и минимизирует моторный блок. Болус местного анестетика составляет 5–10 мл, скорость введения — 5–15 мл/ч.

Согласно этим же рекомендациям пациент-контролируемая анестезия (КПЭДА) более предпочтительна, чем ПЭДИ, так как позволяет уменьшить дозировку местных анестетиков. Она может быть использована с базальной инфузией либо без нее. Например, возможна комбинация 15 мл 0,125% ропивакаина + 10 мг суфентанила или 0,0625% ропивакаина + 0,3–0,4 мг/мл суфентанила. При этом базальная скорость введения составляет 10–15 мл/час, болус введения — 10–12 мл, локаут-интервал — 12–15 мин.

Методика КПЭДА (Ткаченко Р.А., 2007) начинается с тест-дозы 3 мл 1,5% лидокаина, затем после постановки эпидурального катетера — болус 10 мл 0,0625% бупивакаина + 100 мкг фентанила. Следующим этапом осуществляется базальная инфузия 0,0625% бупивакаина + 2 мкг/мл фентанила со скоростью 8 мл/ч, болус-требование составляет 8 мл, локаут-интервал — 8 мин, максимальный объем — 32 мл/ч.

Последняя технология — компьютер-интегрированная постоянная эпидуральная анестезия. Ее начинают со скорости 5 мл/ч, локаут-интервал составляет 10 мин. Если в течение часа было более 3 запросов, то на следующий час повышают скорость на 5 мл/ч. Если запросы не поступают, система автоматически уменьшает скорость инфузии на 5 мл/ч. Этот метод характеризуется высоким качеством обезбоживания (Lim Y. et al., 2006).

Аналгезия должна проводиться с минимальными концентрациями анестетиков и с минимальным моторным блоком. Режим введения анестетиков зависит от метода эпидуральной анестезии (Ткаченко Р.О., 2008). При фракционном введении по 10 мл используются концентрации лидокаина 0,75–1,5 % каждые 60–90 мин, бупивакаина — 0,125–0,375 % каждые 60–120 мин, ропивакаина (наропин) — 0,125–0,25 % каждые 60–120 мин. При постоянной инфузии 0,5–1% раствор лидокаина вводят со скоростью 8–15 мл/час; 0,0625–0,25% раствор бупивакаина

на — со скоростью 8–15 мл/час; 0,125–0,25% раствор ропивакаина (наропин) — со скоростью 6–12 мл/час.

Также идеальный местный анестетик должен быть безопасным для матери и плода, обладать достаточной анальгезией с минимальным моторным блоком и не влиять на силу потуг.

До сегодняшнего дня одним из ведущих анестетиков во многих родильных домах был лидокаин. Однако длительность анальгезии при его применении составляет 40 мин — 1 час, что требует постоянного присутствия анестезиолога. Теперь появился новый анестетик ропивакаин, который в меньшей степени, по сравнению с бупивакаином, подавляет синтез АТФ в митохондриях миокарда. Имеются сообщения о случайном введении 150 мг риповакаина 6 пациентам при попытке выполнения эпидуральной анестезии. При этом было отмечено, что даже высокая доза риповакаина не вызывала системной токсичности. В целом риповакаин на 40 % менее кардиотоксичен и на 30 % менее нейротоксичен, чем бупивакаин.

При обезболивании в родах возможно применение спинальной анестезии. Практические рекомендации анестезиологов 2016 года предусматривают возможность однократной спинальной инъекции опиоидов с местными анестетиками или без, однако она должна быть ограничена по времени. В случае продолжительных родов необходимо использовать катетерные методики. В качестве спинальных игл рекомендуется использование игл pencil-point как минимизирующих риск постпункционной головной боли. Пенкан — игла, являющаяся стандартом: имеет срез типа pencil-point, диаметр 25–26 G, стilet, наличие интродьюсера.

Выбор техники обезбоживания зависит от статуса пациентки, степени прогресса родов, обеспечения и возможности. Если нет возможности проведения катетерных методов, то предпочтение отдается опиоид-

ной анальгезии. В настоящее время у беременных применяются меперидин (промедол), морфин, фентанил, бутарфанол (стадол, морадол), налбуфин. Исходя из инструкции по применению, налбуфин показан при болевом синдроме сильной и средней интенсивности, для снижения боли в пред- и послеоперационном периоде, как дополнительное средство обезбоживания при общей анестезии и при обезболивании в родах.

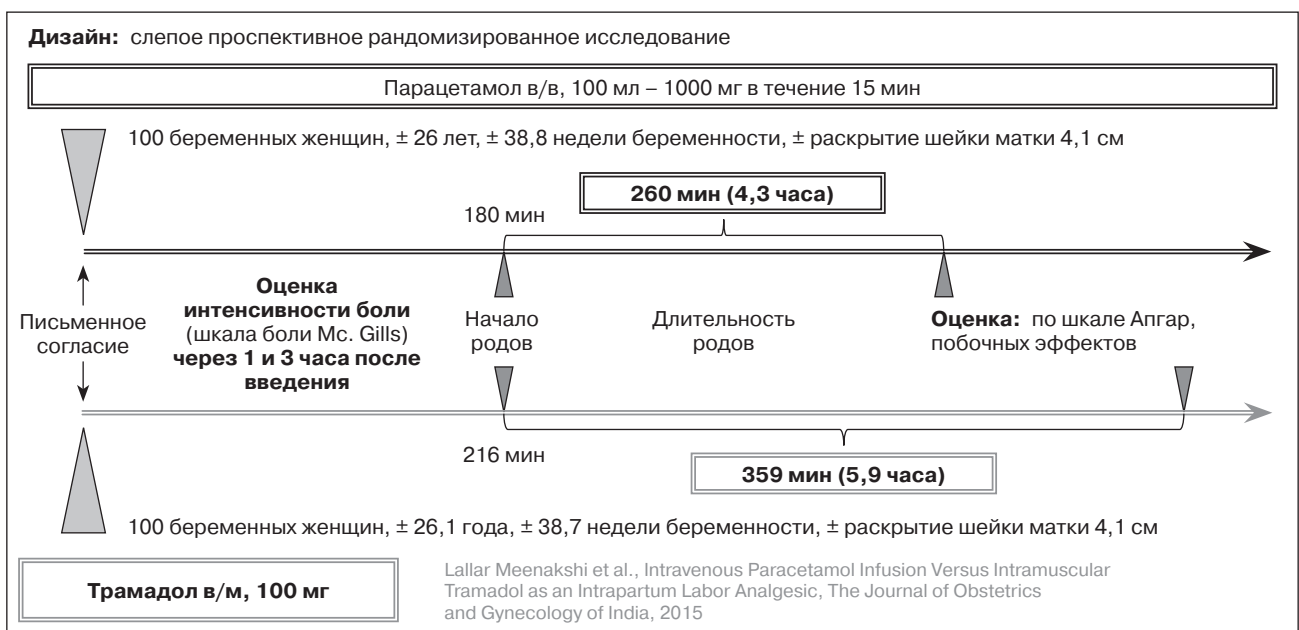
Согласно заключению R.W. Gear et al. (2003), комбинация опиатов с их антагонистами — эффективная стратегия анальгезии. Установлено, что налбуфин эффективнее у женщин. Доза 5 мг вызывает антианалгезию у мужчин, а добавление налоксона (0,4 мг) обеспечивает выраженную анальгезию у мужчин и ее усиление у женщин. Доза 2,5 мг у женщин имеет кратковременный эффект, который устраняется налоксоном. У мужчин данная доза неэффективна. Оптимальным является соотношение налбуфин/налоксон 12,5 : 1 (5 и 0,4 мг; 2,5 и 0,2 мг).

Кроме этого, в исследовании V. Ben-David et al. (2003) было показано, что применение налбуфина устраняет побочные эффекты регионарной анестезии. После спинальной анестезии при кесаревом сечении налбуфин снижал частоту кожного зуда, тошноты, ранней и поздней рвоты.

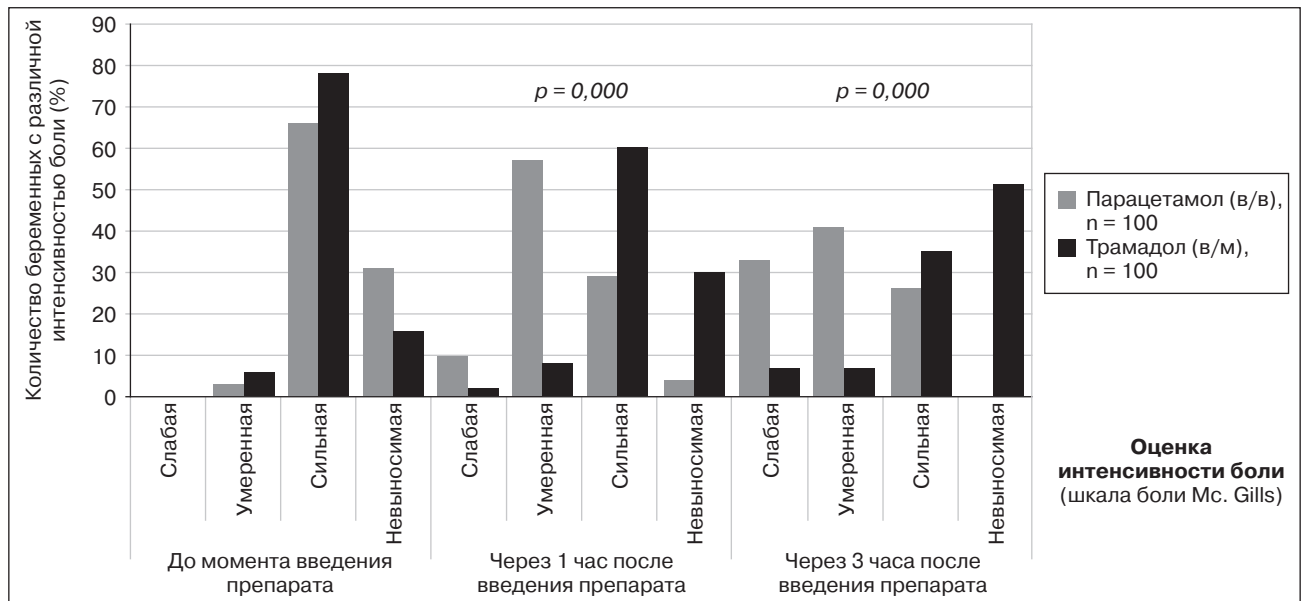
На сегодняшний день, несмотря на значительный прогресс в обезболивании родов, по-прежнему остаются краеугольные вопросы, связанные с анальгезией в акушерстве:

- сильная боль во время родов является одним из факторов, который ассоциируется с посттравматическим стрессовым расстройством, возникающим после родов (Slade, 2006);

- женщины должны иметь доступ к безопасной и квалифицированной помощи при беременности и родах, в том числе к качественной анестезии и анальгезии (Panzcog et al., 2009);



**Рисунок 1. Внутривенное введение парацетамола по сравнению с внутримышечным введением трамадола, применяемых с целью анальгезии во время родов**



**Рисунок 2. Парацетамол имеет достоверно более выраженный анальгезирующий эффект по сравнению с трамаолом**

— системные опиоидные анальгетики продолжают применяться в повседневной практике, при этом тактика их применения значительно варьирует ввиду отсутствия достаточных данных для сравнительной оценки эффективности и безопасности различных опиоидов (Tuskey et al., 2008);

— внутривенное введение трамадола подобно по обезболивающему действию петидину в течение первой стадии родов, при этом интенсивность боли остается на достаточно высоком уровне в обеих группах, тогда как побочные эффекты чаще отмечаются при приеме трамадола (Khooshiden и Shahriari, 2009);

— использование системных опиоидов в родах увеличивает потребность в реанимации новорожденных и ухудшает состояние их кислотно-щелочного баланса по сравнению с базовой региональной анальгезией (Macintyre P.E. et al., 2010).

В исследовании, проведенном Lallar Meenakshi et al. в 2015 году, сравнивалась эффективность обезболивания при внутривенном введении парацетамола по сравнению с внутримышечным введением трамадола с целью анальгезии в родах. В нем приняли участие 200 беременных женщин, разделенных на две равные группы.

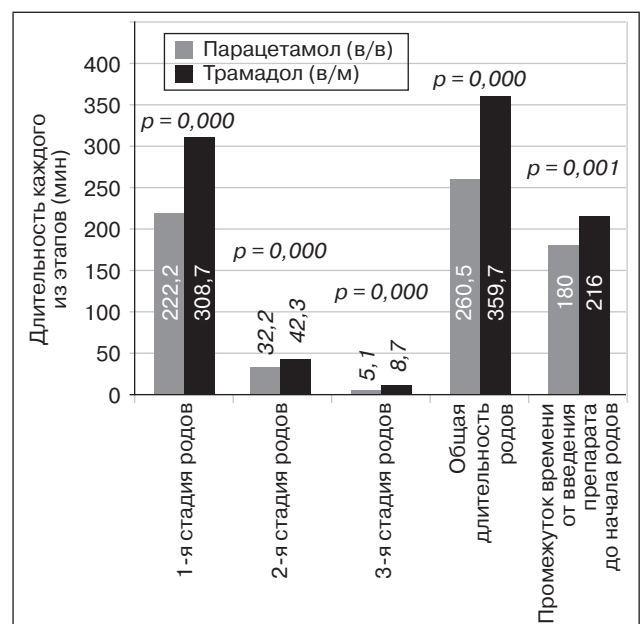
*В ходе исследования было установлено, что внутривенное применение парацетамола в дозе 100 мг — 1000 мг обеспечивает достоверно более выраженную анальгезию по сравнению с трамаолом в дозе 100 мг, вызывает меньшее количество побочных эффектов и сокращает продолжительность родов.*

*Hedayati et al. (2003) было показано, что парацетамол эффективен при болях в промежности в течение первых 24 часов после родов. Также парацетамол безопасен и может использоваться в период лактации (Macintyre P.E. et al., 2010).*

Алексей Олегович Волков (ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины») выступил с докладом «Современные подходы к обезболиванию родов (по результатам стажировки в Великобритании).

Боль в родах оценивается как наиболее сильная боль, которую может перенести человек. Она динамическая, субъективная, непредсказуемая и мультифакторная. Согласно данным T. Sia Alex (2015), на нее оказывают влияние социокультурные, психологические и клинические факторы: дисфункциональные роды (пельвиоцефалгическая диспропорция, неправильное предлежание), увеличение дозы окситоцина, макросомия.

В ответ на боль происходит прилив катехоламинов у матери, гипервентиляция, повышенное потребление кислорода, нескоординированные со-



**Рисунок 3. Парацетамол достоверно уменьшает общую длительность родов по сравнению с трамаолом**

**Примечание:** роды на фоне введения парацетамола начинаются достоверно раньше по сравнению с приемом трамадола.

крашения матки, сниженная перфузия плаценты. Также уменьшается доставка кислорода к плоду, развивается посттравматический стресс, непрекращающаяся сильная боль и послеродовая депрессия. **Поэтому требование роженицы — это достаточное показание к обезболиванию родов.** Идеальная аналгезия в родах должна уменьшать побочные эффекты, в том числе моторный блок у матери. Это обеспечивает комфорт матери в родах, сохраняет адекватную родовую деятельность на протяжении второго периода родов, гарантирует хорошее состояние плода и новорожденного, обеспечивает непрерывную аналгезию во всех фазах родов, снижает необходимость в акушерских вмешательствах, ускорении родов, оперативном родоразрешении.

В одной из последних статей популярного в Великобритании издания «Современная нейроаксиальная аналгезия в родах» говорится о том, что нейроаксиальная аналгезия является золотым стандартом обезбоживания родов, так как обеспечивает наиболее эффективное снижение боли во время деторождения. Однако она довольно часто бывает неудачной. Частота всех неудач, по мнению G. Stocks, одного из ведущих анестезиологов Великобритании, составляет 12 %, среди которых 6,8 % вызваны смещением катетера, неправильной его постановкой либо миграцией. Самая распространенная картина миграции катетера — выход его не только в субарахноидальное пространство, но и по ходу нервов, в так называемые рукава.

В крупном исследовании, проведенном De Oliveria (2002), в котором было выполнено 637 эпидуральных и 844 спинальных аналгезии, оценивали биотип, габитус, качество ориентиров пациентов, технические факторы (сгибаемость спины, тип иглы, доступ, уровень, позиция пациента), опыт анестезиолога и осложнения. Результаты исследования показали, что успех нейроаксиальной аналгезии был выражен при опыте работы анестезиолога более 5 лет; хорошем сгибании спины пациентки и хорошем качестве анатомических ориентиров.

К аспектам успешной техники эпидуральной анестезии относятся: позиция (положение) женщины, техника выявления утраты сопротивления, тип катетера, глубина его постановки и фиксация (Stocks G., 2014). Как известно, принципиальны 2 положения женщины: сидячая позиция, в которой легче идентифицировать срединную линию, и, по заявлению большинства анестезиологов, проще и быстрее проводить анестезию; и латеральная позиция: в ней меньше гипотензия, лучше венозный возврат и она более комфортна для пациенток. Однако, по данным G. Stocks, нет доказательств влияния позиции на успех эпидуральной анестезии.

В ретроспективном исследовании Segal et al. (2010) с участием 929 человек анестезиологи использовали предпочитаемые ими методики утраты сопротивления. Было установлено, что для успеха в достижении блока вид методики не имел значения.

Но, по заявлению британского анестезиолога Т. Meek (2015), имеется достаточное количество сооб-

щений об осложнениях при использовании техники утраты сопротивления с применением воздуха, таких как пневмоцефалия даже после 3 мл воздуха, сопровождающаяся головной болью, тошнотой, рвотой, судорогами и гемипарезом; сдавление нервных корешков; задержка восстановления неврологического дефицита; подкожная эмфизема. Венозный воздушный эмболизм, кардиоваскулярный коллапс у детей, внутрисердечный воздушный эмболизм, неадекватную аналгезию также связывают с применением воздуха. И хотя большое количество британских анестезиологов настаивают на том, что пункцию твердой мозговой оболочки легче определить с воздухом, этот вопрос по-прежнему дискуссионен. По мнению Т. Meek, если уж использовать воздух в шприце, то игла должна быть заполнена физиологическим раствором.

Что касается уровня пункции, то в 2000 году Broadbend et al. было проведено одно интересное исследование, в котором анестезиологи пальпаторно устанавливали катетеры в эпидуральное пространство, а затем пациенткам проводилась МРТ. Результаты этого исследования показали, что в 51 % случаев катетер стоял на 1 промежуток выше пальпируемого, в 15,5 % — на 2 промежутка выше, в 1 % — на 3 промежутка выше и в 0,5 % — на 4 промежутка выше.

В 2010 году появляется другое исследование (Vallejo M.C. et al.), с участием 370 человек, в котором продемонстрировано, что применение ультразвука снижает количество неудачных постановок эпидурального катетера практически в 3 раза, повышая количество успешных пункций с первого раза. С помощью ультразвука идентифицируется желтая связка и эпидуральное пространство, поэтому траектория движения иглы более точная. Это снижает количество послеоперационных неприятных ощущений/боли и повышает удовлетворенность пациентки. По мнению М. Balki (2010), одного из ведущих анестезиологов Великобритании, чтобы освоить эту методику, достаточно опыта коллег и минимального оснащения: пациента (после согласия) и ультразвукового сканера с низкочастотным датчиком.

Следующий аспект — это использование катетера с множественными отверстиями, что позволяет снизить количество случаев неадекватной аналгезии и манипуляций с катетером, таких как подтягивание и переставление.

Другой аспект — глубина постановки катетера. В этой связи показательно исследование Veilin (1995), в котором 100 женщин разделили на 3 группы: в 1-й группе глубина постановки катетера была 3 см, во 2-й — 5 см и в 3-й — 7 см.

Результаты исследования показали, что при постановке катетера на глубину 7 см в 17,5 % случаев он находился внутри вены эпидурально; при постановке катетера на 3 см в 31 % случаев отмечалась неполная аналгезия. Поэтому в настоящее время рекомендовано устанавливать катетер на глубину 3,5–4 см.

Важным моментом является фиксация катетера, которую следует проводить в разогнутом положении (Hamilton et al., 1997). Фиксация катетера в согнутом положении приводит к его подтягиванию

при разгибании. Для фиксации катетера лишь 47 % британских анестезиологов используют различные фиксирующие устройства (Odor P. et al., 2015), остальные применяют обыкновенный пластырь.

При инициации обезболивания родов может производиться как поясничная эпидуральная анестезия, так и комбинированная спино-эпидуральная (КСЭА). Основными показаниями для КСЭА (Sodhi V., 2015) являются: тяжелый дистресс матери независимо от расширения шейки матки; быстрая аналгезия в конце первого периода — во втором периоде родов; анестезия для непосредственного родоразрешения (во втором периоде); анестезия для эпизиотомии; многородающая женщина; предварительная недостаточная поясничная эпидуральная анестезия; «трудная» спина.

Согласно исследованию Simmons et al. (2012), комбинированная спино-эпидуральная анестезия быстрее и надежнее. Среднее время развития блока при ее применении составляет 4–6 минут, что на 5,42 минуты быстрее, чем эпидуральная анестезия в низкой дозе. Причем КСЭА хорошо работает на любом этапе родов (Stocks G., 2014).

При обезболивании КСЭА (Sodhi V., 2015) нет доказательств повышения риска инфекции при адекватной антисептической обработке и развития постпункционной головной боли. Однако есть определенные недостатки: ее нельзя проводить выше промежутка L3-L4 во избежание нейротравмы, интратекальные опиоиды увеличивают кожный зуд, имеющий дозозависимый эффект.

В исследовании 2013 года, проведенном Gambling et al., изучалась эффективность КСЭА (n = 402) в сравнении с эпидуральной анестезией (n = 398). Результаты исследования были оценены как противоречивые. КСЭА обеспечивала лучшую аналгезию в первой половине родов при меньшем количестве эпидуральных доведений. Но при этом не было разницы в удовлетворенности роженицы. При сравнении КСЭА и ЭА по надежности стояния эпидурального катетера не было разницы в необходимости проведения «спасительной» анестезии.

Одним из важных факторов, без которого не может обойтись ни одно исследование в акушерской практике, является определение частоты сердечных сокращений плода. Так вот, метаанализ (Mardirososof C. et al., 2002), включающий 24 исследования и 3513 женщин, показал, что КСЭА не влияет на ЧСС плода, при условии, что не будут вводиться интратекальные опиоиды, вызывающие дистресс плода и гипертонус матки.

Профессор Vande Velde et al. (2013) считают, что при проведении КСЭА и ЭА нет доказательств их влияния на метод родоразрешения, рН пуповинной крови, оценку по шкале Апгар и госпитализацию новорожденных в неонатальную ПИТ. На сегодняшний день нет итоговых доказательств, позволяющих рекомендовать ту или иную технику обезбоживания (Simmons S.W. et al., 2012).

И еще один аспект, требующий внимания. При неудачном блоке, как правило одностороннем, необ-

ходимо подтянуть катетер на 1 см и ввести 5 мл 0,25% бупивакаина. Необходимо использовать объем, а не концентрацию. Это подтверждено следующим исследованием, в котором было показано, что использование 4 мл 0,5% бупивакаина приводило к полной аналгезии лишь в 5 % случаев, и длилась она 43 мин. Тогда как введение 20 мл 0,1% бупивакаина у 75 % женщин вызывало полную аналгезию, длительность которой составляла 120 мин, что обычно достаточно для родоразрешения женщины. Также важны организационные моменты: важно вовремя принять решение о перестановке катетера, нельзя пускать аналгезию на самотек, поскольку наблюдение — один из главных предикторов неудачной нейроаксиальной аналгезии. Следует знать, что усиление аналгезии возможно внутривенным введением парацетамола.

В 2015 году журнал «Акушерство и гинекология Индии» опубликовал исследование, в котором инфузия внутривенного парацетамола сравнивалась с внутримышечным введением трамадола для обезбоживания родов. Было установлено, что парацетамол является более эффективным анальгетиком и вызывает меньшее количество побочных эффектов в родах, чем трамадол. Это положение может стать хорошей альтернативой в тех случаях, когда женщине не нужна значительная аналгезия либо по каким-то причинам она не может быть анальгезирована регионарно.

В учебнике для анестезиологов Великобритании 2015 г. есть раздел «Обезболивание при инструментальном родоразрешении, ушивании промежности, ручном отделении плаценты», в котором регламентируется, что необходимость в аналгезии может быть не настолько выраженной, как после кесарева сечения, но хорошая аналгезия в конце операции может предотвратить хроническую боль в промежности.

Парацетамол может быть использован у кормящих матерей, он умеренно эффективен при обезболивании матки. Несмотря на ограниченный эффект на маточную боль, внутривенный парацетамол в дозе 1 г через каждые 6 ч обладает аналгезией, сопоставимой с ибупрофеном, а комбинация парацетамола и диклофенака в 38 % случаев снижает количество назначений морфина.

В большом систематическом обзоре (Habib A.S., 2014) был проведен анализ эффективности аналгезии при острой послеоперационной боли. Было показано, что у 85 % исследуемых комбинация парацетамола и НПВС была эффективнее, чем монотерапия парацетамолом либо НПВС.

**В заключение следует отметить, что парацетамол в клиниках Великобритании занимает ведущее место в лечении послеродовой и послеоперационной боли как в стационаре, так и после выписки роженицы из роддома.**

В Украине есть несколько инъекционных форм парацетамола, одной из которых является парацетамол компании Ananta Medicare под названием «Анапирон», и в каждом конкретном случае выбор метода обезбоживания роженицы остается за врачом.

Подготовила Татьяна Чистик ■