

## СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ЗНЕБОЛЮВАННЯ ПОЛОГІВ

Доц. В. І. Черепова, доц. Л. В. Снопкова, доц. Л. І. Кандиба, доц. І. М. Сикал, Ю. В. Риженко

Харківська медична академія післядипломної освіти

Знеболювання пологів спрямоване на забезпечення комфортних умов роділлі, сприяє запобіганню порушень пологової діяльності. Біль легше переноситься, якщо в пацієнтки є впевненість у правильному розумінні процесу пологів. За останні 15 років значно змінилися погляди на знеболювання пологів. У літературі все частіше пропонують використання регіонарних методів анальгезії, незважаючи на інвазивність і цілу низку ускладнень. В оглядовій статті наведено дані про природу пологового болю, його вплив на центральну нервову систему, що стимулює синтез і виділення в кров окситоцину, катехоламінів, ендогенних опіоїдних пептидів, які забезпечують фізіологічні зміни під час пологів. Незважаючи на фізіологічність, пологовий біль може бути причиною перевтомлення, зниження больового порога, породжує тривогу, страх, стрес, перестає бути фізіологічним, потребує оцінки ступеня болю й визначення необхідності знеболювання. Наведено дані про різноманіття методів знеболювання пологів, правильний вибір методу, його переваги й вади, запропоновано для розгляду нові методики знеболювання.

**Ключові слова:** пологовий біль, методи знеболювання пологів.

### СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ

Доц. В. И. Черепова, доц. Л. В. Снопкова, доц. Л. И. Кандыба,  
доц. И. Н. Сыкал, Ю. В. Рыженко

Обезболивание родов направлено на обеспечение комфортных условий для роженицы, способствует предотвращению нарушений родовой деятельности. Боль легче переносится, если у пациентки есть уверенность в правильном понимании процесса родов. За последние 15 лет значительно изменились взгляды на обезболивание родов. В литературе все чаще предлагают использование регионарных методов анальгезии, несмотря на инвазивность и целый ряд осложнений. В обзорной статье представлены данные о природе родовой боли, ее влиянии на центральную нервную систему, что стимулирует синтез и выделение в кровь окситоцина, катехоламинов, эндогенных опиоидных пептидов, которые обеспечивают физиологические изменения во время родов. Несмотря на физиологичность, родовая боль может стать причиной переутомления, снижения болевого порога, порождает тревогу, страх, стресс, перестает быть физиологичной, требует оценки степени боли и определяет необходимость обезболивания. Приведены данные о разнообразии методов обезболивания родов, правильный выбор метода, его преимущества и недостатки, предложены для рассмотрения новые методики обезболивания.

**Ключевые слова:** родовая боль, методы обезболивания родов.

### MODERN VIEWS ON THE ANESTHESIA OF LABOR

V. I. Cherepova, L. V. Snopkova, L. I. Kandyba,  
I. M. Sykal, Yu. V. Ryzhenko

Anesthesia of the birth is aimed at providing comfortable conditions for the mother in childbirth, contributing to the prevention of violations of the birth. Pain is easier to tolerate if the patient has confidence in the correct understanding of the birth process. Over the past 15 years, views on the anesthesia of the birth have changed significantly. In the literature, the use of regional methods of analgesia is increasingly suggested, despite the invasiveness and a number of complications. The review presents data on the nature of the birth pain, its effect on the central nervous system, which stimulates the synthesis and release into the blood of oxytocin, catecholamines, endogenous opioid peptides that provide physiological changes during labor. Despite the physiological nature, the birth pain can cause fatigue, lower the pain threshold, give rise to anxiety, fear, stress, cease to be physiological, requires an assessment of the degree of pain and determines the need for anesthesia. The data on the variety of methods of analgesia of the birth, the correct choice of the method, its advantages and disadvantages, suggested new methods of anesthesia for consideration.

**Keywords:** birth pain, methods of anesthesia of childbirth.

Біль — це психофізіологічна реакція організму, відчуття, яке виникає в разі сильних або руйнівних впливів на організм людини. Будь-який біль має фізіологічне, психоемоційне та патологічне походження. Пологовий

біль, за своєю природою, не є патологічним. Головною його характеристикою є циклічність, яка зумовлена періодичністю скорочень м'язів матки в пологах. Майже всі жінки впевнені, що пологи завжди пов'язані з болем і це сприяє

формуванню домінанти «очікування болю». Страх перед болем знижує поріг больової чутливості та сприйняття навіть неінтенсивного болю багаторазово посилюється.

Біль під час пологів виникає через скорочення матки й напруженість зв'язок, подразнення парієтальної очеревини, періосту внутрішньої поверхні крижів, розкриття шийки матки й механічного стискання тканин під час проходження плода по родовому каналу. Стискання й розтягування під час переймів кровоносних судин сприяє тимчасовій ішемії матки.

Пологовий біль становить невід'ємну частину зворотного зв'язку, який виникає в пологах. Для нормального перебігу пологів необхідна адекватна регуляція всіх процесів, узгоджених один з одним і з іншими функціями організму. Для цього працюють два канали передачі інформації: еферентний, канал прямого зв'язку — від нервових центрів до функціональних структур, і аферентний — канал зворотного зв'язку від рецепторів функціональних структур до регулюючих центрів. Узгоджена робота обох каналів може забезпечити оптимальне керування пологовою діяльністю.

Саме пологовий біль, впливаючи на центральну нервову систему (ЦНС), стимулює синтез і адекватне надходження у кров окситоцину, який може забезпечити нормальну скоротливу діяльність матки, розкриття шийки матки. При правильному налаштуванні жінки больові відчуття під час переймів, зростання їх сили й тривалості дають роділлі інформацію, що пологи проходять успішно. Пологовий біль для ЦНС є домінантним стимулом, який забезпечує гальмування кори і більш високий тонус центрів, які відповідають за аналіз пологової діяльності каналом зворотного зв'язку, забезпечують фізіологічну поведінку жінки в пологах. Таким чином, больові стимули стають фізіологічними коректорами фазових станів ЦНС у різні періоди пологів.

Відчуття болю в пологах стимулює вироблення підвищеного рівня катехоламінів, у зв'язку з чим у роділлі посилюється м'язовий тонус, необхідний для активної поведінки в пологах, який примушує її вибрати

оптимальну позу для кожного моменту пологів і положення плода. Цей фізіологічний компонент відображено в сучасних протоколах надання акушерської допомоги. Активізується робота кровоносної системи й енерговіддача, посилюється пологова діяльність.

Катехоламіни матері, проникаючи в кров плода, посилюють дію його власних катехоламінів, тим самим допомагають дитині пережити пологовий стрес, зробити перший подих, активізувати серцево-судинну систему, успішно пройти період адаптації новонародженого.

Пологовий біль, впливаючи на центри ЦНС, стимулює синтез і виділення в кров ендогенних опіоїдних пептидів — ендорфінів, енкефалінів (морфіноподібні речовини), які переривають передачу больового імпульсу. Пологового болю зазнає не лише жінка, а й плід.  $\beta$ -ендорфіни, проходячи через плацентарний бар'єр, проникають у кров плода й забезпечують знеболюючий ефект.

Пологи — це не лише народження нової людини, а й народження матері. Не кожна жінка до моменту пологів готова стати матір'ю, відмовитися від власного комфорту заради благополуччя дитини.

Та хіба можна звинувачувати роділлю, яка потребує знеболювання?

Для деяких жінок пологи можливі лише зі знеболюванням. Частіше за все це жінки з особистою незрілістю, які не мають психологічної підтримки близьких, емоційно лабільні, без достатньої професійної інформації про механізми перебігу фізіологічних пологів, щоб подолати хибні установки щодо пологового болю [4, 6, 8, 10].

Пологовий біль розцінюють як найінтенсивніший серед інших больових відчуттів упродовж життя. Він може бути причиною перевтомлення, зниження больового порога, породжує тривогу, страх і стрес, перестає бути фізіологічним. У клінічній практиці оцінка больових відчуттів визначається самою жінкою з використанням візуально-аналогової шкали болю. У разі оцінювання болю як сильного, надмірного, нестерпного жінка потребує знеболювання. Кожна жінка має знати про сучасні методи знеболювання пологів, їх переваги

й вади й разом з акушером приймати рішення про їх використання [3, 12, 13].

Історія вивчення пологового болю пропонує різні методи знеболювання [2, 18]:

- немедикаментозні (психопрофілактична підготовка, акупунктура, гіпноз) [1]. Жінкам, які психологічно підготовлені до пологів, народжувати легше, але не завжди після курсів із психопрофілактичної підготовки до пологів жінка адекватно витримує цей біль у пологах [5]. Для виконання акупунктури необхідні спеціальні навички;
- використання наркотичних анагетиків, седативних препаратів обмежене нетривалою дією й негативним впливом на плід [14];
- використання інгаляційних анестетиків не набуло широкого використання;
- регіонарні методи знеболення (епідуральна, спинальна, комбінована епідурально-спинальна аналгезія).

Найефективнішим способом корекції больового синдрому та вегетативних порушень є комплекс регіонарних блокад за допомогою місцевих анестетиків [7, 11, 16, 17]. Ні в кого не викликає сумнівів той факт, що для жінок, які народжують шляхом кесарева розтину, епідуральна анестезія є достойною альтернативою загального наркозу, тому саме їй віддають перевагу в акушерських клініках. Окрім того, епідуральна анестезія використовується для корекції дискоординації пологової діяльності, знеболювання пологів.

Проведення епідуральної анестезії в пологах має цілу низку особливостей: досягти аналгезії без анестезії, жінка не має відчувати біль, але має зберігатися скоротлива функція матки, не має бути негативного впливу на плід. Незважаючи на те, що епідуральна анестезія визнана «золотим стандартом» знеболювання пологів і використовується в більшості країн більш ніж у 50 % пологів, важливо пам'ятати, що необхідність у знеболюванні має бути сувро обґрунтованою та об'єктивною. Важливою умовою має бути наявність висококваліфікованих спеціалістів.

Проте регіональні блокади мають низку вад у разі їх проведення: всі методики інвазивні,

потребують спеціального обладнання, навичок, мають закономірний відсоток ускладнень. Іноді виконання цих методик обмежене індивідуальними анатомічними особливостями, рівнем функціональної компенсації.

Найчастішими є ускладнення, пов'язані з проведенням епідуральної анестезії: розвиток гіпотензії, пошкодження твердої мозкової оболонки, інфекції, епідуральна гематома, токсичний вплив місцевих анестетиків, повний спінальний блок [19, 20].

Під час використання епідуральної анестезії визначається тенденція до збільшення загальної тривалості пологів, частоти використання окситоцину, порушення розташування плода. До можливих ускладнень належать дисфункція сечового міхура, хронічний головний біль, біль у попереку тривалий час після пологів.

Пошук нових методів знеболення пологів триває. Так, 2006 р. групою авторів [15] було запропоновано «Спосіб корекції больового синдрому у хворих з переломами кісток таза, пошкодженням тазових органів, органів нижнього поверху черевної порожнини та позачеревного простору». Згідно з цим винаходом, уведення місцевих анестетиків — новокаїну, лідокаїну, ропівакаїну, бупівакаїну проводиться ректально. Спосіб у своїй основі спирається на особливості анатомічного положення, кровопостачання та іннервації органів малого таза. Незважаючи на те, що вперше цей метод було застосовано в осіб із травматичною хворобою в клініці політравм ХМКЛШНМД, автори вважають за доцільне використання цього способу в акушерсько-гінекологічній практиці, а саме: для періопераційного знеболювання в гінекологічній практиці, лікування синдрому хронічного тазового болю, лікування дискоординації пологової діяльності, в комплексному лікуванні прееклампсії, для знеболювання пологів.

Спосіб відрізняється простотою виконання, неінвазивністю, відсутністю можливих ускладнень, пов'язаних із технікою виконання. Серед протипоказань для використання способу є гіперчутливість до місцевих анестетиків, атріовентрикулярна блокада.

За останні 15 років випущено кілька настанов, підготовлених асоціацією анестезіологів



і акушерів-гінекологів, які стосувалися знеболювання пологів. Під час вибору методу знеболювання пологів лікар зобов'язаний зважати на таке: методи знеболювання не мають пригнічувати пологову діяльність, негативно впливати на плід і новонародженого, метод має бути легкодоступним і легкокерованим; препарати, які використовують, мають бути малотоксичними, з низькою проникністю через плаценту, повинні мати здебільшого анальгезуючий ефект, без вираженого наркотичного ефекту.

Медикаментозне знеболювання пологів проводять за наявності деяких умов: відсутність

ефекту знеболювання від психопрофілактичної підготовки; виникнення пологової домінанти й розвиток регулярних переймів під час відкриття шийки матки на 3–4 см; за наявності сучасної апаратури моніторингу за станом матері та плода за відсутності протипоказань до знеболювання [17, 21].

На завершення нагадуємо акушерам-гінекологам, що пологовий біль має фізіологічну природу, який відображає перебіг пологів. А знеболювання пологів у разі використання інвазивних методів має бути чітко обґрунтованим.

### СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Альтернативні методи знеболення пологів / Т. Т. Наритник, В. В. Біла, В. П. Лакатош [та ін.] // Жіночий лікар. — 2017. — № 1. — С. 53–63.
2. Белобородов А. И. Обезболивание в родах : от давних времен до наших дней, электроанальгезия / А. И. Белобородов, М. А. Карпенко // Вестн. Совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. — 2016. — Т. 3, № 4 (15). — С. 118–120.
3. Влияние анестезии на состояние плода и новорожденного (обзор литературы) / Р. М. Раева, А. Бейсембеккызы, Н. К. Валиева [и др.] // Вестн. КазНМУ. — 2013. — № 4 (1). — С. 40–42.
4. Калашник Н. В. Найефективніші методи знеболювання пологів / Н. В. Калашник, Н. А. Іконописцева, В. Л. Ольховик // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. — 2015. — № 2. — С. 106–107.
5. Качалина Т. С. Применение новых методов психологического сопровождения беременности и психопрофилактической подготовки к родам / Т. С. Качалина, Е. В. Лохина // Мед. альманах. — 2013. — № 6 (30). — С. 37–41.
6. К вопросу о методах обезболивания у беременных с экстрагенитальными заболеваниями / Е. Ю. Упрямова, А. А. Головин, С. В. Новикова [и др.] // РМЖ. — 2015. — № 1. — С. 30–31.
7. Куликов А. В. Обезболивание родов. Клинические рекомендации / А. В. Куликов, Е. М. Шифман // Региональная анестезия и лечение острой боли. — 2013. — Т. VII, № 4. — С. 60–70.
8. Мельникова О. О. Медицинская помощь во время родов: забота и обезболивающие технологии / О. О. Мельникова // Журн. исследований социальной политики. — 2014. — Т. 12, № 3. — С. 337–352.
9. Мехедко В. В. Регіонарне знеболювання пологів / В. В. Мехедко // Медицина неотложных состояний. — 2015. — № 3 (66). — С. 26–31.
10. Мосол Н. О. Практичні аспекти психологічної підготовки подружніх пар до пологів / Н. О. Мосол // Вісн. ХНПУ ім. Г. С. Сковороди. Психологія. — 2012. — Вип. 42 (2). — С. 99–106.
11. Настенко О. М. Паравертебральне знеболювання пологів: трирічний досвід / О. М. Настенко, Л. Г. Назаренко, В. С. Фесенко // Зб. наук. пр. співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика. — 2015. — Вип. 24, Кн. 6 (Ч. 2). — С. 140–141.
12. Неймарк М. И. Современные аспекты обезболивания самопроизвольных родов / М. И. Неймарк, В. Ю. Геронимус, А. И. Ковалев // Журн. акушерства и женских болезней. — 2011. — Т. LX, Вып. 3. — С. 110–114.
13. Обезболивание родов с перинатальных позиций / Е. Ю. Упрямова, С. В. Новикова, А. А. Головин [и др.] // РМЖ. — 2015. — № 1. — С. 32–34.

14. Опиатная анальгезия в родах как альтернатива новым инвазивным технологиям обезболивания / А. Г. Киселев, С. С. Царев, Д. А. Консетова, Д. О. Савенко // Журн. акушерства и женских болезней. — 2009. — Т. LVIII, Вып. 5. — С. 55.
15. Пат. 75776 Україна, UA, МПК А61К 31/167, А61 р. 23/00. Спосіб корекції больового синдрому у хворих з переломами кісток таза, пошкодженнями тазових органів, органів нижнього поверху черевної порожнини та позачеревного простору / А. А. Хижняк, О. В. Білецький, С. В. Ринденко (Україна). — № 20040604756; заявл. 17.06.2004; опубл. 15.05.2006. — Бюл. № 5.
16. *Ткаченко Р. А.* Анестезиологическое обеспечение в родах / Р. А. Ткаченко // З турботою про жінку. — 2010. — № 2 (14). — С. 6–10.
17. *Ткаченко Р. А.* Знеболювання пологів, що нового? Огляд рекомендацій / Р. А. Ткаченко // Медицинские аспекты здоровья женщины. — 2016. — № 8 (105). — С. 36–41.
18. *Ткаченко Р. А.* Обезболивание родов: история и современность / Р. А. Ткаченко // Медицинские аспекты здоровья женщины. — 2016. — № 3 (100). — С. 19–26.
19. *Ткачуковский А. Ф.* Спинальная анальгезия родов. Опыт применения / А. Ф. Ткачуковский, С. Ю. Рямушкина, Л. А. Иванченко // 36. наук. пр. співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика. — 2015. — Вип. 24, Кн. 6 (Ч. 2). — С. 71–74.
20. *Фесенко В. С.* Постпункционная головная боль: этиология, патогенез, проявления / В. С. Фесенко // Междунар. невролог. журн. — 2015. — № 8. — С. 77–85.
21. *Чистик Т.* Современные подходы к обезболиванию родов: Что нового / Т. Чистик // Медицина неотложных состояний : Материалы конференции VII Национального конгресса анестезиологов 21–24 сентября 2016 г., Днепр. — 2016. — № 7 (78). — С. 77–82.

---

**КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН ХМАПО ПЛАТНИХ ЦИКЛІВ  
СПЕЦІАЛІЗАЦІЇ Й УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКАРІВ НА 2017 РІК**

**КАФЕДРА ПЕРИНАТОЛОГІЇ, АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ**

*Зав. кафедри проф. О. В. Грищенко* *тел.: 711-95-42*

Актуальні питання гінекології дітей та підлітків (для дитячих гінекологів, акушерів-гінекологів)	18.10–16.11
Ендокринологія в акушерстві та гінекології (для акушерів-гінекологів, дитячих гінекологів)	21.11–20.12

**КАФЕДРА ГЕНЕТИКИ, АКУШЕРСТВА, ГІНЕКОЛОГІЇ ТА МЕДИЦИНИ ПЛОДА**

*Зав. кафедри проф. Л. Г. Назаренко* *тел.: 93-41-87; 93-00-72*

Ультразвукова діагностика (для лікарів, які атестуються на II, I, вищу категорію)	03.11–01.12
--	-------------

**КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ**

*Зав. кафедри проф. О. М. Корж* *тел.: 725-24-73*

Терапія (для лікарів, які атестуються на II, I, вищу категорію)	02.10–02.11
Актуальні питання патології внутрішніх органів (для сімейних лікарів та терапевтів)	06.11–05.12