

REFERENCES

1. Babajanc A.V., Ageenko A.M., Vershuta D.V., Gorobec E.V., Mizikov V.M., Nikolaenko E.M. Management of neuromuscular blockade in anesthesia. Clinical guidelines. Upravlenie nejromyshechnym blokom v anesteziologii. *Klinicheskie rekomendatsii*. 2014; 18–20. (in Russian)
2. Bol'shedvorov R.V. Determination of optimal methods of anesthesia with preserved spontaneous breathing in ambulatory surgery. *Anesteziologiya i reanimatologiya*. 2009; 6: 73–6. (in Russian)
3. Likhvantsev V.V., Selivanov D.D., Fedorov S.A., Grebenchikov O.A., Murachev A.S., Timoshin S.S. Optimization of Initial Anesthesia in a One Day Surgical Hospital. *General Reanimatology. [Optimizatsiya vvodnoj anestezii v hirurgicheskom stacionare odnogo dnja. Obshhaya reanimatologiya]*. 2010 (6); 1: 44–8. (in Russian)
4. Lihvancev V.V., Mironenko A.V., Gabitov M.V., Skripkin Yu.V. The clinical significance of the differences postoperative recovery made in the conditions of modern variants of general anesthesia. *Bulletin of Anesthesiology and reanimation [Obshchaya anesteziya na osnove desflurana v nekardial'noy hirurgii. Uchebnoe posobie. Moskva. GBUZ MO MONIKI im. M.F. Vladimirovskogo]*. 2014; 20–5. (in Russian)
5. Peter S., Glass A. Desflurane Versus Sevoflurane for Maintenance of Outpatient Anesthesia: The Effect on Early Versus Late Recovery and Postoperative Coughing. *Ambulatory Anesthesiology*. 2009; 2: 387–93.
6. Lihvancev V.V., Mironenko A.V., Gabitov M.V., Skripkin Yu.V. General anesthesia based on desflurane in non-cardiac surgery. Textbook. *[Klinicheskaja znachimost' razlichnykh poslenarkoznogo vosstanovlenija posle operacii, vypolnennykh v usloviyah sovremennykh variantov obshchey anestezii]. Vestnik anesteziologii i reanimatologii*. 2014; 20–5. (in Russian)
7. Brent Burke, Mark Kyker. Speeds Criteria vs. Modified Aldrete and Fast-Track Criteria for Evaluating Recovery in Outpatients. *Open Journal of Anesthesiology*. 2013; 3: 309–14.
8. Vinogradov V.L., Likhvantsev V.V., Subbotin V.V., Larionov I.Ju. Bispectral index (BIS) – new ideology in solving old problems. *Anesteziologiya i reanimatologiya*. 2002, 1: 49–53. (in Russian)
9. Brain A.I.J. *The Laryngeal Mask LMA Fastrach™: Instruction Manual*. 2009.
10. Brimacombe J.R. *Laryngeal Mask Anaesthesia. Principles and Practice*. 2004.

Received. Поступила 10.12.14

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 618.7-009.7-089.5

Полушин Ю.С.^{1,2}, Коростелев Ю.М.^{1,2}, Вартанова И.В.^{1,2}, Киселев А.Г.², Широков Д.М.^{1,2}

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПОСЛЕ РОДОВ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

¹ГБОУ ВПО ПСПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург; ²ФГБУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта СЗО РАН, г. Санкт-Петербург

Отношение общества к родовой боли и обезболиванию родов до конца не сформировано. Цель исследования – изучить частоту формирования острого и хронического болевого синдрома при родоразрешении. Ретроспективно опросили 300 женщин 18–48 лет, у которых роды были естественным путем или кесаревым сечением за 4–6 мес до анкетирования, и проанализировали истории их родов. Полученные данные показали, что проблема родовой боли имеет реальные медицинские и социальные последствия, существенно изменяя качество жизни женщин как во время родов, так и в послеродовом периоде. Из числа опрошенных 74,9% роженицы испытывали при схватках сильные боли, которые у 16,7% женщин приводили к полной утрате мобильности. При этом примерно 20% женщин считали применение методов обезболивания опасным, а 63% – возможным только по строгим акушерским показаниям. Без боли рассчитывали родить только 20% беременных. Через 3–6 мес после родов представления на сей счет рожениц существенно не менялись. Через 1 мес и более после родов или кесарева сечения болевой синдром имел место у 21% опрошенных женщин, через 2–3 мес – у 13,7%, более 3 мес – у 7%. У 4,3% пациенток боль сохранялась на протяжении 5–6 мес. Значимой связи между сохраняющимся в течение длительного времени после родов болевым синдромом и способом, срочностью родоразрешения, методом анестезии при кесаревом сечении, выраженностью острой боли во время родов не выявлено.

Ключевые слова: боль в родах; кесарево сечение; анестезия и обезболивание; хроническая боль после родов.

Для цитирования: *Anesteziologiya i reanimatologiya*. 2015; 60(2): 47–50.

PAIN AFTER CHILDBIRTH AND ITS IMPACT ON QUALITY OF LIFE

Polushin Yu.S.^{1,2}, Korostelev Yu.M.^{1,2}, Vartanova I.V.^{1,2}, Kiselev A.G.², Shirokov D.M.^{1,2}

¹ Pavlov First St. Petersburg State Medical University, 197022, St. Petersburg, Russian Federation; ² Ott Research Institute of Obstetrics and Gynecology, 197022, St. Petersburg, Russian Federation

Background: Public attitude towards labor pain and pain relief in labor is not fully formed. Purpose: To study the frequency of formation of acute and chronic pain during delivery. Materials and Methods: Retrospectively we surveyed 300 women 18–48 years old, who had childbirth naturally or by caesarean section for 4–6 months before the survey and analyzed the history of their childbirth. Results: The obtained data showed that the problem with generic pain has real medical and social consequences, significantly altering the quality of life of women as during childbirth and the postpartum period. Of those surveyed, 74.9% of women in childbirth experienced severe pain during labor, which had 16.7% of women had led to a complete loss of mobility. With approximately 20% of women believed the use of methods of anaesthesia was dangerous and 63% thought that anaesthesia is possible only under strict obstetric indications. Only 20% of pregnant women expected to give birth without pain. In 3–6 months after labor representation mothers opinion was not changed significantly. In 1 month or more after delivery or cesarean section pain was presented in 21% of women, in 2–3 months - 13.7%, in more than 3 months - 7%. In 4.3% of the patients the pain persisted for 5–6 months. Conclusions: Significant relationship between persistent for a long time after childbirth pain and the way the urgency of delivery, the method of anesthesia for caesarean section, the expression of acute pain during childbirth was not revealed.

Key words: pain in labor; cesarean section; anesthesia and analgesia; chronic pain after childbirth

Citation: *Anesteziologiya i reanimatologiya*. 2015; 60(2): 47–50.

Благодаря ряду публикаций последних десятилетий к хроническому болевому синдрому, в том числе у жен-

щин после родов (в акушерской практике ориентируются обычно на 2–3-месячный период сохранения боли после родоразрешения [9, 10]), во всем мире стали относиться как к довольно распространенной проблеме здравоохранения. Установлено, что 67% женщин с хроническими тазовыми болями в анамнезе перенесли кесарево сечение [3], а продолжительный болевой синдром имеет ме-

Информация для контакта:

Полушин Юрий Сергеевич

Correspondence to:

Poluchin Ju.S., e-mail: polushin1@gmail.com

Таблица 1

Структура сопутствующей патологии у обследованных пациенток

Сопутствующие заболевания	Естественные роды (n = 196)	Кесарево сечение (n = 104)
Заболевания сердечно-сосудистой системы	38(19,4)	24(23)
Гестоз	82(41,8)	73(70)
Сахарный диабет беременных	20(10,2)	39(37,5)
Заболевания опорно-двигательной системы (остеохондроз, симфизит и др.)	8(4)	5(4,8)
Ожирение	26(13,3)	24(23)

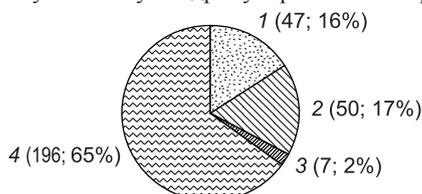
Примечание. Здесь и в табл. 3: в скобках процент.

сто и после вагинальных родов (от 4 до 10%) [4, 6, 8, 12]. В одном из исследований, проведенном группой специалистов во главе с признанным авторитетом в этой области J.C. Eisenach, показано, что не способ родоразрешения, а выраженность острого болевого синдрома лежит в основе хронических болей: при сильной острой боли в родах частота развития постоянных болей в 2,5 раза, а послеродовой депрессии – в 3,5 раза больше, чем при умеренном остром болевом синдроме [5]. Это обстоятельство вновь и вновь заставляет возвращаться к проблеме болеутоления в родах, которая, по нашему мнению, еще далеко не разрешена, поскольку отсутствует реальный консенсус во взглядах на нее анестезиологов-реаниматологов, акушеров-гинекологов и собственно самих женщин [2].

Серьезные статистические данные по обсуждаемой проблеме в отечественной литературе отсутствуют. Возможно, это связано с позицией представителей некоторых акушерских школ, считающих, что боль в родах естественная, ее не надо бояться, и ей должна отводиться определенная физиологическая (способствует пробуждению материнского инстинкта) и регуляторная роль [1]. Однако, если просмотреть обычные женские форумы в интернете, то можно убедиться, что проблема боли в родах и после них волнует не только анестезиологов-реаниматологов.

Цель исследования – получить статистические данные, характеризующие отношение рожениц и родильниц к обезболиванию в родах, изучить частоту формирования у них хронического болевого синдрома и его влияние на качество жизни.

Материал и методы. Посредством анкетирования предполагалось опросить 326 женщин, которые были родоразрешены в нашем учреждении естественным или оперативным путем. Согласились ответить на вопросы через 4–6 мес после родоразрешения 300 женщин. Остальные 26 пациенток отказались от участия в анкетировании по личным мотивам либо были исключены из исследования в связи с выездом за пределы региона. Участие в опросе осуществлялось исключительно на добровольной основе с использованием анкеты из 60 вопросов, разработанной на основании международных опросников качества жизни SF-36 (ВОЗ) и боли McGill [11]. Пациенткам предлагали дать характеристику болевому синдрому в различные периоды и фа-



Структура способов родоразрешения обследованных женщин. 1 – плановое кесарево сечение; 2 – экстренное кесарево сечение без родовой деятельности; 3 – роды, закончившиеся экстренным кесаревым сечением; 4 – роды через естественные родовые пути, в том числе 76 с перинеотомией/перинеорафией, 2 женщины с вакуум-экстракцией плода.

Таблица 2

Методы анестезии при кесаревом сечении у женщин, участвовавших в анкетировании

Вид родов	Анестезия			Общая анестезия с ИВЛ
	спинальная	эпидуральная	сочетанная	
Плановое кесарево сечение	43	0	2	2
Экстренное кесарево сечение	37	2	5	6
Роды, закончившиеся кесаревым сечением	2	0	2	3

зы родов, в том числе с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ); оценить в динамике (от момента родов до дня анкетирования) наличие, степень выраженности и периодичность возникновения болей в области таза и промежности, послеоперационного рубца или другой локализации. При указании на наличие болевого синдрома просили оценить частоту, длительность, интенсивность боли и ее влияние на повседневную деятельность, качество жизни. Содержащиеся в анкете вопросы также позволяли получить информацию о проблемах, связанных с болью, в анамнезе и эффективность их устранения, способах болеутоления родов, осложнений родов и т. д.

Дополнительно нами были опрошены 60 беременных накануне родов с целью уточнения их отношения к ожидаемой родовой боли и особенностям ее терапии.

Характеристика пациенток: возраст 29 (18–48) лет; рост 166 (150–183) см; масса тела 78 (49 ± 133) кг; срок гестации 38,5 (34–41) нед. Высшее образование имели 81,3% родильниц, 95,2% женщин находились в зарегистрированном или гражданском браке. Все опрошенные женщины имели одноплодную беременность, у 163 (54,3%) роды были первыми. Перечень сопутствующих заболеваний и осложнений беременности представлен в табл. 1.

Операции в анамнезе были у 54 женщин, в том числе лапароскопии у 14, лапаротомии у 39 женщин (в том числе у 27 кесарево сечение – КС), операции другой локализации – у 8 пациенток.

Прошедшие роды положительно оценили 95,8% опрошенных родильниц. Оценка новорожденных по шкале Апгар через 1 мин после рождения составила 6–9 баллов, а через 5 мин – 7–9 баллов (7,8 ± 0,7 балла). Послеоперационная раневая инфекция имела место у двух родильниц.

Структура способов родоразрешения женщин, участвовавших в анкетировании, представлена на рисунке.

Различные методы болеутоления при родоразрешении применили у 181 (60,3%) пациентки (табл. 2), включая анестезиологическое обеспечение КС у 104 (34,7%) женщин, а также обезбоживание родов через естественные родовые пути у 77 (25,7%) женщин. В последнем случае 54 роженицам вводили парентерально опиаты и опиоиды, а у 23 применена регионарная анальгезия. Хотя 34% первородящих и 12,5% повторнородящих посещали подготовительные курсы, вопросы обезбоживания родов с врачом обсуждали только 10% женщин, остальные же представление о родах и используемых методах их обезбоживания формировали за счет информации, полученной из книг и интернета, от подруг.

Статистическую обработку результатов проводили с использованием методов описательной и непараметрической статистики. Сравнение количественных параметров осуществляли с использованием критериев Манна–Уитни, Вилкоксона. Данные представлены в виде $M \pm sd$ и относительных экстенсивных показателей. Для оценки различий значений качественных клинических параметров между группами применялся критерий χ^2 по стандартной формуле с учетом поправки Йетса. Выбранный критический уровень значимости равнялся 5% ($p < 0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение. Из 300 опрошенных женщин вступили в роды 203, из них 196 в дальнейшем были родоразрешены через естественные родовые пути, а у 7 родовая деятельность закончилась операцией КС. Также оперативным путем были родоразрешены остальные 97 опрошенных женщин, при этом 58 (56%) из 104 операций выполнены в экстренном порядке. Способ лапаротомии (поперечным надлобковым разрезом

Длительность сохранения болевого синдрома после родов

Болевой синдром	Естественные роды (n = 196)	Кесарево сечение (n = 104)	Итого (n = 300)
Сохранение болевого синдрома и в настоящее время	8(4,1)	5(4,8)	13(4,3)
Более 3 мес	14(7,1)	7(6,7)	21(7)
В течение 2–3 мес	26(13,3)	15(14,4)	41(13,7)
Более 1 мес	35(17,9)	28(26,9)	63(21)

ства рожениц в родах, на “отлично” их оценили 48,3%, а на “удовлетворительно” – только 4,2% женщин.

Значимой положительной связи возникновения в родах выраженного болевого синдрома с имеющейся у рожениц сопутствующей патологией (сахарный диабет, гестоз и др.) мы не выявили. Однако при наличии у рожениц в анамнезе оперативных вмешательств риск возникновения сильных болей в родах (ВАШ более 7 баллов), по нашим данным, был значимо выше (χ^2 5,47; с учетом поправки Йетса χ^2 4,2; $p < 0,05$). Еще одним предиктором возникновения острой боли в родах являлся крупный плод (более 4 кг) (χ^2 5,02; с учетом поправки Йетса χ^2 3,92; $p < 0,05$). Сила связи в обоих случаях слабая.

При КС (104 пациентки) общую анестезию по эндотрахеальной методике с ИВЛ применили только у 11 (10,6%) женщин, в остальных случаях использовали регионарную анестезию (см. табл. 2). Важно подчеркнуть, что перед операцией все роженицы, у которых имела место родовая деятельность, ощущали интенсивную боль 7 баллов и более.

Через 1 мес и более после родов или КС болевой синдром имел место у 63 (21%) опрошенных женщин. При этом в течение 2–3 мес испытывали боли 41 (13,7%) женщина, у 21 (7%) болевой синдром сохранялся более 3 мес. Причем 13 (4,3%) пациенток указали, что боль их беспокоит и на момент опроса (табл. 3). Ежедневно или через день страдали от болей 10 из 13 родильниц. Из них боли в покое были у двух родильниц слабые (ВАШ 2–3), у 6 – умеренные (ВАШ 4–6). Боли при движениях у 3 пациенток были слабые, у 5 – умеренные и у 3 – сильные (7–8 баллов по ВАШ).

Значимой связи между сохраняющимся в течение длительного времени после родов болевым синдромом и способом, срочностью родоразрешения, равно как и методом анестезии при КС, мы не выявили. У женщин с оперативными вмешательствами в анамнезе хронический болевой синдром (ХБС) развивался в 2 раза чаще (29,3%), чем у женщин без такого анамнеза (13,5%). До родов 30,5% беременных периодически испытывали слабые боли (до 2–3 баллов по ВАШ). Периодическое появление болевого синдрома во время беременности оказалось значимым фактором развития ХБС после родов (χ^2 8,89; с учетом поправки Йетса χ^2 7,61; $p < 0,01$). Нам не удалось подтвердить предположение о наличии значимой связи послеродового ХБС с имевшим место в родах сильным острым болевым синдромом.

После естественных родов в течение 2–3 мес тазовые боли имели место у 26 (13,3%) из 196 женщин, в том числе в области промежности боли сохранялись или существенно усилились (при наличии жалоб в анамнезе) у 13 родильниц. На появление или существенное усиление болей другой локализации (вдоль спины, в шее, суставах, головная боль) указали 16 женщин (включая 3 с тазовыми болями), причем большинство (23) из них испытывали боли ежедневно или через день. У 14 (7%) родильниц болевой синдром имел место более 3 мес, в том числе 4% женщин указывали на сохранение болевых ощущений даже при анкетировании.

по Пфанненштилю), как и методика выполнения КС, у всех женщин были идентичны. Послеоперационных осложнений не было.

В начале активной фазы родов 152 (74,9%) из 203 рожениц испытывали довольно сильные, от 7 до 10 баллов по ВАШ, боли при схватках, которые повторно они бы не хотели ощущать. Первородящих среди них было 87 (57,2%) из 111, повторнорожавших – 65 (42,8%) из 92 (различие недостоверно, $\chi^2 = 0,23$; $p > 0,05$). При этом 27 (13,3%) женщин, из которых 18 (67%) первородящие, описывали боль как “нестерпимую, ужасную, невыносимую” (10 баллов по ВАШ). Выраженный болевой синдром у 62% рожениц приводил к утрате способности к передвижению на 50% и более, а 34 (16,7%) пациентки указывали на полную невозможность передвигаться во время родов из-за боли. Только 6 (3,9%) пациенток ощущали легкую менее 3 баллов боль.

Полученные данные свидетельствовали, что более половины женщин, независимо от наличия у них опыта предыдущих родов во время родов страдали от выраженного острого болевого синдрома. Однако в большинстве случаев они были готовы к подобному развитию событий. Так, 73,3% беременных, опрошенных накануне родов, предполагали появление болей, связанных со схватками как в активной фазе родов, так и в потугах, по интенсивности достигающих 7 баллов и более по ВАШ. 40,2% женщин считали необязательным сохранение мобильности и способности к передвижению во время родов (без учета влияния фактора анальгезии родов). Мало того, опрос накануне родов показал, что 15% беременных считали боль во время родов неотъемлемой их составляющей и высказывались против обезболивания, а 65% рассматривали родовую боль как полезный опыт и считали необходимым устранять болевые ощущения только по строгим акушерским показаниям. Только 20% беременных однозначно считали необходимым рожать без боли. Интересно, что через 3–6 мес после родов представления на сей счет родильниц существенно не изменились (20, 63 и 17% соответственно).

Согласно предварительному опросу, в случае применения обезболивания 55% рожениц предпочли бы регионарные методы анальгезии и всего 3% не возражали против использования наркотических анальгетиков. Остальные были против любых методов обезболивания (42%). В основе негативного отношения к обезболиванию женщины указывали риски возможного токсического влияния обезболивающих препаратов на плод, развития осложнений методики и менее всего ориентировались на изменение качества жизни, связанного с болеутолением, или на ограничение мобильности во время родов.

В конечном итоге без обезболивания обошлись 124 (61%) из 203 рожениц, несмотря на то что у большинства из них интенсивность боли достигала 7 баллов и более по ВАШ (88 (58%) из 152 рожениц). При этом 69 пациенток отметили, что на высоте боли они не стали бы возражать против обезболивания, но этот вопрос перед ними уже не ставили. Согласно историям родов, наркотические анальгетики использовали у 57 (28%) из 203 рожениц, в том числе при ВАШ более 7 баллов у 45 (30%) из 152. При этом в подавляющем большинстве случаев эффект был кратковременным и слабо выраженным. По крайней мере 38 из 45 женщин или вообще не знали о применении обезболивающих препаратов, или заявили, что облегчение боли достигнуто не было.

При схватках в конце активной фазы первого периода родов боли от 7 до 10 баллов по ВАШ испытывали 44,9% рожениц. Из них 9 оценили ее максимальным количеством баллов, а в период изгнания плода на выраженный болевой синдром указали 24,5% рожениц. Даже при ревизии родовых путей после отделения последа сильные болевые ощущения испытывали 7,1% родильниц.

Показательно, что, несмотря на страдания, большин-

После КС более 1 мес сохранялись жалобы на боли у 28 (26,9%) родильниц, в том числе у 13 (12,5%) родильниц они были в области операционного рубца (включая трех с болями другой локализации) и у 11 (10,6%) женщин боли появились или усилились вдоль спины, в пояснице или головная боль. 15 (14,4%) родильниц испытывали боль в течение 2–3 мес, из них 7 (6,7%) страдали от боли ежедневно или через день более 3 мес. У 5 женщин болевой синдром сохранялся на момент опроса.

Негативное влияние на деловую активность в течение 2–3 мес после родов, независимо от способа родоразрешения, отметили 19 (46%) из 41 опрошенных женщин с сохранявшимся болевым синдромом. О том, что боль нарушает ежедневную жизнь в течение первых 3 мес после рождения ребенка, заявили более 50% опрошенных с ХБС.

Результаты опроса 41 женщины с сохранявшимся длительным временем после родов болевым синдромом:

только 10 из 41 родильницы обращались за медицинской помощью в связи с болевым синдромом, а 5 для облегчения боли принимали анальгетики и использовали другие способы борьбы с болью;

у 19 (46%) из опрошенных боль негативно влияла на настроение;

у 9 (22%) боль тревожила или нарушала сон;

у 46% женщин боль мешала заниматься спортом, у 32% – профессиональной деятельностью;

у более 40% женщин болезненные ощущения не позволяли сидеть или стоять более 30 мин, мешали вставать с низкого кресла/кровати; у 8 родильниц затрудняли подъем по лестнице; у 17 женщин боль затрудняла ношение тяжелой сумки или ребенка.

Результаты исследования показали, что проблема родовой боли имеет реальные медицинские и социальные последствия. Полученные данные свидетельствуют, что более половины женщин во время родов страдают от выраженного болевого синдрома, терпят его, опасаясь негативных последствий обезболивания для ребенка и сам процесс родов. При этом значительная часть из них просто недостаточно информированы о безопасности современных методов болеутоления.

Хотя риск развития хронической боли у родильниц оказался не очень высок (сохранение боли в течение 2–3 мес у 13,7%, более 3 мес у 7%), это не снижает остроты проблемы. Во-первых, с учетом большого числа родов (по данным Росстата в 2013 г. в стране родилось 1 901 200 детей, что на 4,9 тыс. больше, чем в 2012 г.), даже небольшие относительные цифры в процентах скрывают за собой значительное абсолютное количество страдающих от боли пациенток. Во-вторых, при рассмотрении индивидуальных и социальных последствий этого осложнения важно понимать, что если даже речь идет не о сильной, а о незначительной, но периодически или постоянно беспокоящей в течение нескольких месяцев боли, она негативно влияет на качество повседневной жизни женщин после рождения ребенка.

Полученные данные не позволяют однозначно утверждать, что острая боль в родах является ключевым фактором развития хронических болей, но и не опровергают данное положение. ХБС в наших наблюдениях развивался не только после естественных родов, когда женщина в течение длительного времени страдала от выраженной острой боли, но и после КС (причем как экстренного, так и планового), которое выполняли в 89% случаев в условиях регионарной анестезии, адекватность которой не вызывала сомнений. Отсюда понятно, что в его основе не всегда лежат только привычно упоминаемые акушерами факторы (повреждение тканей промежности, смещение бедренных суставов и позвонков крестцово-поясничного отдела позвоночника, растяжение мышц тазового дна или связок лобкового соч-

ленения, позвоночника, симфизиолиз с расхождением лобковых костей и их нестабильностью и пр.). Существуют и другие механизмы, способствующие формированию ХБС, – психогенные, нейрофизиологические, генетические и пр. [7, 13]. Это является дополнительным аргументом в пользу того, что развитие выраженного болевого синдрома всегда должно настораживать и не может быть отражением физиологичности течения родов. Поиск возможных факторов риска и изучение механизмов хронизации болевого синдрома в послеродовом периоде – несомненно, важное направление научных исследований в анестезиологии и реаниматологии.

ВЫВОДЫ

1. Из числа опрошенных 74,9% рожениц испытывали при схватках сильные боли, которые у 16,7% женщин приводили к полной утрате мобильности. При этом примерно 20% женщин считали применение методов обезболивания опасным, а 63% – возможным только по строгим акушерским показаниям. Без боли рассчитывали рожать только 20% беременных. Через 3–6 мес после родов представления на сей счет родильниц существенно не менялись.

2. Через 1 мес и более после родов или кесарева сечения болевой синдром имел место у 21% опрошенных женщин, через 2–3 мес – у 13,7%, более 3 мес – у 7%. У 4,3% пациенток боль сохранялась на протяжении 5–6 мес. Значимой связи между сохраняющимся в течение длительного времени после родов болевым синдромом и способом, срочностью родоразрешения, методом анестезии при кесаревом сечении, выраженностью острой боли во время родов не выявлено. После естественных родов хронический болевой синдром (более 3 мес) развивался у 7% женщин, после кесарева сечения – у 6,7%.

3. При развитии хронического болевого синдрома отчетливое снижение качества жизни с негативным влиянием на деловую активность отмечено у более чем 50% опрошенных.

REFERENCES *ЛИТЕРАТУРА

1. Novoselova E. *Pain relief during labor: 9 mesjacev*. 2007; 7. Available at: <http://www.7ya.ru/article/Obezbolivanie-rodov-11830>. (in Russian)
2. Aylamazyan E.K., Polushin Yu.S., Korostelev Yu.M., Kiselev A.G., Vasil'eva O.I., Pervak V.A. Myths and realities of pain relief in labor. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney*. 2011; 60 (3): 10–8. (in Russian)
3. Almeida E.C., Nogueira A.A., Candido dos Reis F.J., Rosa e Silva J.C. Cesarean section as a cause of chronic pelvic pain. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 2002; 79: 101–4.
4. Declercq E., Cunningham D.K., Johnson C. et al. Mothers' reports of postpartum pain associated with vaginal and cesarean deliveries: results of a national survey. *Birth*. 2008; 35: 16–24.
5. Eisenach J.C., Pan P.H., Smiley R. et al. Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. *Pain*. 2008; 140: 87–94.
6. Kainu J.P., Sarvela J., Tiippana E. et al. Persistent pain after caesarean section and vaginal birth: a cohort study. *Int. J. Obstet. Anesth.* 2009; 19: 7–12.
7. Landau R., Kraft J.C. Pharmacogenetics in obstetric anesthesia. *Curr. Opin. Anaesthesiol.* 2010; 23: 323–9.
8. Lavand'homme P. Chronic pain after vaginal and cesarean delivery: a reality questioning our daily practice of obstetric anesthesia. *Int. J. Obstet. Anesth.* 2010; 19(1): 1–2.
9. Mackey S.C. *When Acute Pain Becomes Chronic: Mechanisms, Prevention and Treatment*. Refresher Course Lectures, ASA. 2010. Available at: <https://cap.stanford.edu>
10. Melzack R. The myth of painless childbirth. *Pain*. 1984; 19: 32–7.
11. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*. 1975; 1: 277–99.
12. Nikolajsen L., Sorensen H.C., Jensen T.S., Kehlet H. Chronic pain following caesarean section. *Acta Anaesthesiol. Scand.* 2004; 48: 111–6.
13. Vermelis J.M., Wassen M.M., Fiddelaers A.A., Nijhuis J.G., Marcus M.A. Prevalence and predictors of chronic pain after labor and delivery. *Curr. Opin. Anaesthesiol.* 2010; 23: 295–9.

*1. Новоселова Е. *Обезболивание при родах. 9 месяцев*. 2007; 7. URL: <http://www.7ya.ru/article/Obezbolivanie-rodov-11830>.

*2. Айламазян Э.К., Полушин Ю.С., Коростелев Ю.М., Киселев А.Г., Васильева О.И., Первак В.А. Мифы и реалии обезболивания родов. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2011; 60 (3): 10–8.

Received. Поступила 18.01.15