

К вопросу о выборе метода регионарного обезболивания родов*

В. Н. Щипунов

МУЗ «Родильный дом», Северодвинск

To the problem of choice of regional method for labor analgesia

V. N. Shchipunov

МАН «Maternity Hospital», Severodvinsk

Регионарная анальгезия (РА) благодаря эффективности и безопасности является оптимальным методом обезболивания всех родов, если к ней нет противопоказаний. Роженица остается в ясном сознании, адекватное обезболивание сочетается с отсутствием угнетающего влияния на плод.

С подачи челябинского анестезиолога О. В. Любавиной, опубликовавшей в материалах Всероссийских конференций «Критические состояния в акушерстве и неонатологии» 2004 и 2005 гг. две статьи о применении паравертебральной блокады (ПВБ), возродился интерес к этой «винтажной» модели обезболивания родов. Возвращение ПВБ в арсенал акушерской РА представляется удачной и, хочется надеяться, резонансной инициативой. Несогласие вызывает лишь амбициозное утверждение некоторыми коллегами заемной методики ПВБ (паравертебральной анестезии, люмбальной симпатической блокады) в статусе чуть ли не know-how за счет компрометации классического метода РА в родах – длительной эпидуральной анальгезии (ДЭА). При неангажированном подходе акцентирование «нежелательных побочных эффектов» ДЭА в родах выглядит надуманно и неубедительно, а декларируемые преимущества ПВБ спорны и подчас голословны.

В родильном доме г. Северодвинска более сдержанное, селективное отношение к применению «новой старой» методики: в 2007 г. сделана лишь 31 ПВБ. За тот же период традиционная ДЭА проведена у 286 рожениц. Консервативность наших предпочтений объясняется несостоятельностью версии о заведомом превосходстве ПВБ

над ДЭА. Скорее наоборот. Их действенность для обезболивания родов и для лечения дискоординации родовой деятельности сопоставима. Но параллели между ПВБ и ДЭА неточны, методы далеко не равноценны.

Совершенно очевидна лучшая управляемость ДЭА и возможность пролонгировать ее сколь угодно долго. Потуги воспроизвести те же результаты при ПВБ выглядят нелогично: уместнее не городить конструкцию из двух паравертебральных катетеров, а ограничиться одним эпидуральным, который позволит обезболить и операцию кесарева сечения (КС), если в родах возникнет такая необходимость.

Актуальность проблемы клинически значимой артериальной гипотензии при ДЭА и прежде была сомнительной, а с появлением наропина стала просто мифической. При медленном введении низких концентраций местного анестетика (МА) и минимальной выраженности симпатического блока дестабилизация АД нереальна, если, конечно, не пренебрегать профилактикой аортокавальной компрессии, т. е. не укладывать роженицу на спину. Риск избыточной артериальной гипотензии присущ скорее ПВБ, техника которой не поддается титрованию МА.

Инкриминировать ДЭА утрату роженицей контроля над процессом родов столь же неправдоподобно, как и ПВБ.

Аргументы об угнетающем влиянии ДЭА на период изгнания и повышение вероятности оперативного завершения родов – тоже «давно разоблаченная морозка». В 2007 г. только 38 ДЭА в родах

* Прим. редакции. Эта статья является откликом автора на статью Э. Э. Антипина и соавт. (Архангельск) «Родовая боль и методы ее лечения – «возвращение в будущее»?» (Регионарная анестезия и лечение острой боли. 2007. №3. С. 18–25).

(13,3%) закончились у нас операциями КС. В родах без ДЭА частота оперативного родоразрешения была выше – 17,5%. Сам по себе метод ДЭА ни разу не провоцировал необходимости КС или наложения акушерских щипцов.

Несомненным достоинством ПВБ является только рапидная техника, позволяющая при необходимости экстренно устранить родовую боль. С другой стороны, быстрое ПВ-введение значительных объемов концентрированного 0,75% раствора наропина не исключает опасности развития просудорожного и кардиодепрессорного эффектов в результате непреднамеренного внутрисосудистого попадания препарата. Подобная острая системная токсичность практически невозможна при эпидуральном введении слабokonцентрированных 0,1–0,2% растворов МА и тем более – при их непрерывной инфузии шприцевым дозатором. Показательны в этом отношении сравнительные дозировки вводимого в родах наропина: для ПВБ – 150 мг (20 мл 0,75% раствора), для ДЭА – 40–80 мг (40–80 мл 0,1% раствора за 4–8 ч), т. е. эпидурально вводится в 2,5 раза меньше наропина, чем паравертебрально.

Архангельские коллеги рассматривают ДЭА и ПВБ в рамках альтернативы, противопоставления. Эта бинарная оппозиция представляется нам непродуктивной. От эмоциональных аргументов, преждевременных оценок и категоричных выводов благоразумнее воздержаться. Основопологающим, доминирующим методом, своего рода мейнстримом акушерской анальгезии пока остается ДЭА. ПВБ в родах является не столько конкурентной, сколько вариативной, адьювантной,

дополнительной по отношению к ДЭА методикой. В большинстве ситуаций предпочтительнее использовать ДЭА, обеспечивающую длительный, легко пролонгируемый и хорошо управляемый сенсорный и моторный блок. В части случаев уместна ПВБ, например, когда завершение родов прогнозируется в течение ближайших двух-трех часов, а проводившееся медикаментозное обезболивание оказалось неэффективным, а также при наличии противопоказаний к ДЭА и при неудачном ее выполнении. Использование ПВБ может быть полезным для лечения патологического прелиминарного периода и дистонии шейки матки, слабости, дискоординации и других аномалий родовой деятельности. ПВБ позволяет отказаться в этих ситуациях от лечебного акушерского наркоза, так называемого «медикаментозного сна-отдыха». Актуален поиск возможностей пролонгирования действия ПВБ применением маркаина, артикаина и рациональных сочетаний ропивакаина с клофелином, фентанилом, адреналином. Методика ПВБ технически несколько проще, чем ДЭА, не вызывает нарушений гемодинамики и не требует специальных расходных материалов.

Таким образом, целесообразно шире интегрировать в практику родильных домов ПВБ: она имеет шансы быть востребованной наряду с ДЭА. Надо полагать, что накопление опыта позволит не просто диверсифицировать регионарное обезболивание родов, но и провести более глубокий анализ, расставить приоритеты, а оказавшись перед дилеммой – ДЭА или ПВБ, делать беспристрастный, выверенный и рациональный выбор.

Литература

1. Антипин Э.Э., Уваров Д.Н., Мазуров Г.И. Сравнительная оценка методов лечения родовой боли. 2-й Беломорский симпозиум: Сборник докладов и тезисов. Архангельск, 2007. С. 29–31.
2. Антипин Э.Э., Мазуров Г.И., Нестеренко С.Е., Якушин В.А. Люмбальная симпатическая блокада – альтернативный метод обезболивания родов // Материалы научно-практической конференции «Акушерство и гинекология – проблемы и решения». Архангельск, 2007. С. 3–6.
3. Антипин Э.Э., Мазуров Г.И., Уваров Д.Н. и др. Родовая боль и методы ее лечения – «возвращение в будущее»? // Регионарная анестезия и лечение острой боли. 2007. №3. С. 18–25.
4. Любавина О.В. Паравертебральная блокада как приемлемое обезболивание первого периода родов // Материалы II Всероссийской междисциплинарной научно-практической конференции «Критические состояния в акушерстве и неонатологии». Петрозаводск, 2004. С. 283–285.
5. Любавина О.В. Паравертебральная блокада и ее влияние на сократительную деятельность матки // Материалы III Всероссийской междисциплинарной научно-практической конференции «Критические состояния в акушерстве и неонатологии». Петрозаводск, 2005. С. 257–260.