

Паравертебральная блокада в родах: очевидное и вероятное, но требующее пока дополнительных пояснений*

Э. Э. Антипин¹, Г. И. Мазуров¹, Д. Н. Уваров²

¹ МУЗ «Родильный дом им. К. Н. Самойловой», Архангельск;

² Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Paravertebral blockage in labor is obvious and probable, but it needs additional explanations

E. E. Antipin¹, G. I. Mazurov¹, D. N. Uvarov²

¹ МНА «Maternity hospital named after K. N. Samoilova»;

² North State Medical University

Многочисленные вопросы посетителей рабочего форума сайта Critical (www.critical.ru), текущие разнотолки и «гольфстримы» в ходе этих продолжающихся бурных дискуссий, а также недопонимание некоторыми коллегами сути метода обезболивания родов методом паравертебральной блокады заставили нас вновь вернуться к этой теме, чтобы попробовать еще раз, более подробно и обстоятельно, объяснить нашу позицию.

Шотландский акушер Джеймс Янг Симпсон (James Yuong Simpson, 1811–1870) был увлечен идеей использования анестезии для избавления рожениц от мучительной родовой боли. 19 января 1847 года, уже через три месяца после общественной демонстрации первого эфирного наркоза в Бостоне, он впервые применил эфир для обезболивания родов. Он же открыл наркотические и анальгетические свойства хлороформа.

Однако Симпсон и его современники выражали опасения относительно возможных неблагоприятных эффектов анестезии. Они понимали, что необходимо точно установить степень влияния анестетика на сократительную деятельность матки в родах, на состояние плода и особенно на риск развития внутричерепных кровоизлияний. В настоящее время, несмотря на постоянное совершенствование методов лечения родовой боли, результаты влияния анальгезии на роженицу и плод остаются основной темой дискуссии среди анестезиологов, акушеров, неонатологов, а также среди пациенток.

На сегодняшний день наиболее эффективными признаны нейроаксиальные методы обезболивания родов, однако опасения у клиницистов остались прежние. Основное беспокойство в отношении нейроаксиальных методов обезболивания родов вызывает вопрос, могут ли они влиять на увеличение числа кесаревых сечений, повышение частоты использования инструментальных методов родоразрешения и увеличения второго периода родов.

Существует множество исследований, свидетельствующих о том, что эпидуральная анальгезия (ЭА) увеличивает продолжительность родов и частоту применения инструментальных методов извлечения плода [1–8], что она не влияет на процесс родов [9–16] или ускоряет их [17–22]. Почему же результаты этих исследований так противоречивы? Мы можем долго рассуждать по этому поводу, критикуя неправильный выбор структуры исследования, учитывая трудности в интерпретации результатов, сравнивая дозы анестетиков и способы их введения и т. п. Тем не менее трудно не согласиться с утверждением известного исследователя в области нейрофизиологии родовой боли Дж. Эйзенхаха, что блокада ноцицептивной нейротрансмиссии при спинальном или эпидуральном введении анальгетиков может нарушить афферентную функцию и затруднить естественный процесс родовой деятельности [23].

* Эта статья является продолжением дискуссии, индуцированной статьей В. Н. Щипунова (Северодвинск) «К вопросу о выборе метода регионарного обезболивания родов» (Регионарная анестезия и лечение острой боли. 2008. Т. 2, № 2. С. 66–67). – Прим. редакции.

До тех пор, пока исследования в области нейрофизиологии родовой боли будут находиться в зачаточном состоянии, мы, к сожалению, не можем утверждать, что окончательно нашли идеальный метод обезболивания родов. Внедрение современных местных анестетиков, например ропивакаина, свело практически к нулю такие осложнения ЭА в родах, как моторная блокада и артериальная гипотония. Однако этого нельзя сказать о влиянии на продолжительность второго периода родов и непосредственно потужной период. Недаром Американским колледжем акушеров и гинекологов (ACOG) были увеличены допустимые интервалы второго периода родов при применении методов регионарной анальгезии [24].

К сожалению, для такого прекрасного метода обезболивания родов, как ЭА, имеется целый ряд противопоказаний. Деление этих противопоказаний на две группы – абсолютные и относительные – несколько расширяет возможности для применения метода в «скользких» ситуациях. Тем не менее мы считаем: «Если ты можешь чего-либо не делать, то лучше этого и не делать!»

Например, мы бы не стали устанавливать эпидуральный катетер при наличии у пациентки тромбоцитопении менее $80 \times 10^9/\text{л}$, коагулопатиях в анамнезе, приеме антикоагулянтов, посттравматическом эпилептическом синдроме, аномалиях позвоночника. И это далеко не полный перечень ситуаций, когда от проведения эпидуральной анальгезии разумней было бы воздержаться. В каждом конкретном случае подход к тактике обезболивания родов должен быть взвешенным и индивидуальным.

Такое отношение к относительным противопоказаниям для ЭА привело нас к поиску альтернативной методики обезболивания родов. Альтернативная в данном случае означает не вытесняющая эпидуральную анальгезию, а позволяющая расширить наши возможности [25]. Именно поэтому мы обратились к методу паравертебральной блокады (ПВБ), о котором писали в последующем неоднократно [26, 27]. В процессе освоения методики ПВБ у нас возник вопрос, сможем ли мы продлить блокаду, если это нам будет необходимо. Данная проблема была успешно решена катетеризацией паравертебрального пространства [28].

Сама по себе методика ПВБ не является нашим ноу-хау, но мы внесли в нее существенные изменения. Ранее применявшиеся «старые» местные анестетики не позволяли достичь достаточной длительности блокады, с появлением

ропивакаина это стало возможным. Доза 0,75% раствора ропивакаина 20 мл была подобрана нами эмпирически. В аннотации к препарату указана доза 0,75% раствора для эпидуральной анестезии при кесаревом сечении 15–20 мл. При этом мы помним, что эпидуральное пространство значительно более васкуляризировано, чем паравертебральное. Общеизвестно, что ропивакаин обладает низкой системной токсичностью, а десятикратное увеличение концентрации препарата не усиливает его кардиотоксического действия. Имеются сообщения о случайном внутривенном введении ропивакаина (до 150 мг) у 6 пациентов при попытке выполнения эпидуральной анестезии. Ни в одном случае мы не наблюдали кардиотоксического эффекта или других проявлений системной токсичности [29]. Мы постоянно совершенствуем методику ПВБ, с целью добиться наилучшего результата.

По нашему мнению, задача анестезиолога состоит не в том, чтобы полностью лишить женщину болевых ощущений в родах, а в том, чтобы значительно облегчить родовую боль и создать наиболее благоприятные условия для протекания процесса родов. И ЭА, и ПВБ следует рассматривать как средство регуляции родового акта, а не как средство победы над болью любой ценой. При этом известно, что удовлетворенность женщин обезболиванием в родах мало зависит от самого способа обезболивания.

Для нас важна безопасность и достаточная эффективность наших методов, в том числе и для лечения дистоции родов. Мы ни в коем случае не противопоставляли один метод другому, а лишь проводили их сравнительную оценку. Идея проведения сравнительной оценки возникла лишь потому, что метод стал широко внедряться в практику нашего роддома и удовлетворять потребности пациенток, акушеров и анестезиологов.

За 2007 г. в нашем роддоме проведено 262 ПВБ и 98 ЭА. Последняя используется у нас в основном как компонент лечения преэклампсии в родах. Не секрет, что в некоторых родильных домах ЭА является платной манипуляцией. И порой ангажированность какого-либо метода объясняется стремлением персонала во что бы то ни стало угодить пациентке.

Экономический эффект от применения ПВБ довольно высок.

Таблица 1. Расходы на проведение одной эпидуральной анальгезии родов

Наименование	Кол-во, штук, ампул	Цена, руб./шт.
Эпидуральный набор фирмы В.Вгауп	1	468
Р-р Наропина 0,2% фирмы АстраЗенека	4	200
Перчатки одноразовые хирургические	1 пара	18
Шприц одноразовый 10 мл	1	5
Комплект стерильный операционного белья	1	80
Р-р новокаина 0,5%	2	4
<i>Итого</i>		1379

Из данных, приведенных в табл. 1 и 2, видно, что стоимость ЭА на 809 рублей превышает стоимость ПВБ. При проведении ЭА необходим постоянный мониторинг гемодинамики и присутствие анестезистки в течение всего первого периода родов. Это увеличивает нагрузку на медперсонал и амортизацию оборудования. При проведении ПВБ полностью отсутствует нарушение гемодинамики со стороны роженицы, что снижает необходимость в постоянном анестезиологическом

Таблица 2. Расходы на проведение одной паравертебральной блокады в родах

Наименование	Кол-во, штук, ампул	Цена, руб./шт.
Спинальная игла фирмы В.Вгауп	1	42
Р-р Наропина 0,75% фирмы АстраЗенека	2	250
Перчатки одноразовые хирургические	1	18
Шприц одноразовый 10 мл	2	5
<i>Итого</i>		570

контроле, экономит время медицинского персонала, энергетические затраты и амортизацию аппаратов мониторинга.

Еще раз хотим подчеркнуть, что мы не занимаемся противопоставлениями и дискредитацией каких-либо методов обезболивания родов, а, напротив, стремимся к расширению наших возможностей, поиску новых решений и разумному подходу к такой сложной проблеме, как родовая боль.

Литература

1. *Abboud T. K., Afrasiabi A., Sarkis F. et al.* Continuous infusion epidural analgesia in parturients receiving bupivacaine, chloroprocaine, or lidocaine: Maternal, fetal and neonatal effects // *Anesth. Analg.* 1984; 63: 421–428.
2. *Chestnut D. H., Vandewalker G. E., Owen C. L. et al.* The influence of continuous epidural bupivacaine analgesia on the second stage of labour and method of delivery in nulliparous women // *Anesthesiology.* 1987; 66: 774–780.
3. *Lysak S. Z., Eisenach J. C., Dobson C. E.* Patient-controlled epidural analgesia during labour: A comparison of three solutions with a continuous infusion control // *Anesthesiology.* 1990; 72: 44–49.
4. *Robinson J. O., Rosen M., Evans J. M. et al.* Maternal opinion about analgesia for labour: A controlled trial between epidural block and intramuscular pethidine combined with inhalation. // *Anaesthesia.* 1980; 35: 1173–1181.
5. *Smedstad K. G., Morison D. H.* A comparative study of continuous and intermittent epidural analgesia for labour and delivery // *Can. J. Anaesth.* 1988; 35: 234–241.
6. *Studd J. W. W., Crawford J. S., Duigan N. M. et al.* The effect of lumbar epidural analgesia on the rate of cervical dilatation and the outcome of labour of spontaneous onset // *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 1980; 87: 1015–1021.
7. *Thorp J. A., Parisi V. M., Boylan P. C., Johnston D. A.* The effect of continuous epidural analgesia on cesarean section for dystocia in nulliparous women // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1989; 161: 670–675.
8. *Walton P., Reynolds F.* Epidural analgesia and instrumental delivery // *Anaesthesia.* 1984; 39: 218–223.
9. *Lysak S. Z., Eisenach J. C., Dobson C. E.* Patient-controlled epidural analgesia during labour: A comparison of three solutions with a continuous infusion control // *Anesthesiology.* 1990; 72: 44–49.
10. *Bailey P. W., Howard F. A.* Epidural analgesia and forceps delivery. Laying a bogey // *Anaesthesia.* 1983; 38: 282–285.
11. *Celleno D., Capogna G.* Epidural fentanyl plus bupivacaine 0.125 per cent for labour: Analgesic effects // *Can. J. Anaesth.* 1988; 35: 375–378.
12. *Cheek T. G., Samuels P., Tobin M., Gutsche B. B.* Rapid intravenous saline infusion decreases uterine activity in labour: Epidural analgesia does not // *Anesthesiology.* 1989; 71: A884.
13. *Chestnut D. H., Bates J. N., Choi W. W.* Continuous infusion epidural analgesia with lidocaine: Efficacy and influence during the second stage of labor // *Obstet. Gynecol.* 1987; 69: 323–327.
14. *Gribble R. K., Meier P. R.* Effect of epidural analgesia on the primary cesarean rate // *Obstet. Gynecol.* 1991; 78: 231–234.
15. *Naulty J. S., Smith R., Ross R.* Effect of changes in labour analgesic practice on labour outcome // *Anesthesiology.* 1988; 69: A660.

16. *Philipsen T., Jensen N. H.* Epidural block or parenteral pethidine as analgesic in labour: A randomized study concerning progress in labour and instrumental deliveries // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 1989; 30: 27.
17. *Phillips K. C., Thomas T. A.* Second stage of labour with or without extradural analgesia. 1983; 38: 972–976.
18. *Cheek T. G., Samuels P., Tobin M., Gutsche B. B.* Rapid intravenous saline infusion decreases uterine activity in labour: Epidural analgesia does not // *Anesthesiology.* 1989; 71: A884.
19. *Naulty J. S., Smith R., Ross R.* Effect of changes in labour analgesic practice on labour outcome // *Anesthesiology.* 1988; 69: A660.
20. *Floberg J., Belfrage P., Ohlsen H.* Influence of the pelvic outlet capacity on fetal head presentation at delivery // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 1987; 66: 127–130.
21. *Hawkins J. L., Skjonsby B. S., Joyce T. H. III et al.* The association of epidural analgesia and forceps delivery // *Anesth. Analg.* 1990; 70: S150.
22. *Vertommen J. D., Vandermeulen E., Van Aken H. et al.* The effects of the addition of sufentanil to 0.125 % bupivacaine on the quality of analgesia during labour and on the incidence of instrumental deliveries // *Anesthesiology.* 1991; 74: 809–814.
23. *Эйзенах Дж.* Родовая боль / Э. В. Недашковский (ред.). Освежающий курс лекций. Вып. 12. Архангельск, 2007. С. 150–157.
24. *Шифман Е. М., Филиппович Г. В.* Эпидуральная анестезия как метод обезболивания операции кесарева сечения: тридцать вопросов и ответов (часть III) // *Регионарная анестезия и лечение острой боли.* Т. I, № 3. 2007. С. 57–66.
25. *Nair V., Henry R.* Bilateral paravertebral block: a satisfactory alternative for labour analgesia // *Can. J. Anaesth.* 2001; 48: 179–184.
26. *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.
27. *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.
28. *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. Т. I, № 3. С. 18–25.
29. *Овечкин А. М., Ситкин С. И.* Регионарная анестезия и лечение острой боли // *Тематический сборник.* Москва – Тверь, 2004. С. 34–35.



Стеклянная спина. Что вы должны знать о спинномозговой анестезии (DVD-фильм). Под ред. Е. М. Шифмана

«Стеклянная спина» – это название наглядного демонстрационного эксперимента, который позволяет Вам увидеть и понять то, что обычно скрыто от глаз анестезиолога, выполняющего спинальную анестезию. В фильме рассматриваются факторы, влияющие на распространение местного анестетика в субарахноидальном пространстве.

2006 г. Цена: 170 руб.

<http://www.critical.ru/shop>