

© Ю. С. Полушин, Э. К. Айламазян,
Ю. М. Коростелев, А. Г. Киселев,
В. А. Первак, О. И. Васильева

НИИ акушерства и гинекологии
им. Д. О. Отта СЗО РАМН

МИФЫ И РЕАЛИИ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ

УДК: 618.4-089.5

■ В докладе рассматриваются некоторые дискуссионные вопросы, связанные с обезболиванием родов. С привлечением литературных данных, а также результатов исследований, проводимых в НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗО РАМН, показано, что многие сомнения в целесообразности использования болеутоления из-за негативного влияния его на течение родов не имеют под собой серьезной доказательной базы. В то же время есть все основания полагать, что сильная боль в акушерстве не является очень редким явлением, и что она не только сопровождается негативными реакциями непосредственно во время родов, но и может вызвать формирование хронического болевого синдрома, ухудшающего качество жизни в послеродовом периоде.

■ **Ключевые слова:** обезболивание; роды; острый и хронический болевой синдром.

Благодаря ряду публикаций последних десятилетий к боли (острой, а также хронической) стали относиться как к довольно распространенной проблеме здравоохранения [26, 17, 25, 21]. При этом боль во время и после родов привлекает к себе особое внимание, так как ее испытывает очень большое число женщин. Кроме того, значение боли в родах не совсем понятно. С одной стороны, достаточно широко распространено мнение, что она играет физиологическую роль — «...боль-во время родов является лучшим двигателем, стимулирующим родовой акт» [1] и способствует пробуждению материнского инстинкта. Естественные эндогенные обезболивающие средства при отсутствии боли вырабатываются в меньшем количестве, что ограничивает их поступление к ребенку, который также выполняет большую работу в родах. В связи с этим обезболиванию подлежат только патологические роды у рожениц групп высокого риска, в то время как неосложненные роды особого внимания в вопросах обезбоживания не заслуживают [5, 12].

С другой стороны, известно, что ни один физиологический процесс в организме человека не сопровождается болью. Чрезмерная по интенсивности боль вообще делает людей нетрудоспособными, снижает их активность, вызывает психоэмоциональные расстройства, приводит к регионарным и системным нарушениям микроциркуляции, является причиной вторичных иммунных депрессий и нарушения деятельности висцеральных систем. В биологическом смысле такая боль представляет опасность для организма, вызывая целый комплекс дезадаптивных реакций. Нередко она приводит к формированию хронического болевого синдрома. Отсюда постулируется, что сильная боль в родах также может генерировать хроническую боль [27]. Независимо от способа родоразрешения негативное влияние боли на деловую активность в течение двух месяцев после родов отмечают 20–25 % женщин [20, 29]. О том, что боль нарушает ежедневную жизнь в течение года и более после рождения ребенка заявляют 14–15 % [24, 23].

Процесс пересмотра отношения к родовой боли в настоящее время идет во многих странах мира. В среднем, в конце прошлого века частота применения немедикаментозных методов анестезии у рожениц составила 70 % [19]. По образному выражению J. A. Crowhurst, F. Plaat, «...анальгезия в акушерстве — такая же неотъемлемая часть нашей (западной) культуры, как и полеты на самолете, мобильный телефон и персональный компьютер» [10]. Международная ассоциация изучения боли (IASP) вообще объявляла 2007–2008 гг. всемирным годом борьбы с болью у женщин под девизом: «Реальные женщины, реальная боль».

Подобный подход, однако, разделяется далеко не всеми специалистами, причем не только отечественными, но и западными [10]. Сомнения в целесообразности широкого применения обезболивания основываются в основном на следующих соображениях.

1. Боль в родах естественная, как и сами роды, и вполне переносимая

Однако еще в 80-х годах прошлого века классическими статистическими работами специалистов из Шотландии и Канады показано, что не менее половины женщин во время родов испытывают чрезвычайно сильную боль. В частности, из сводных данных J. J. Bonica вытекает, что боль в родах относится к легкой лишь в 15 % случаев, к умеренной в 35 %, а вот к сильной и к нестерпимой соответственно в 30 % и в 20 % случаев [6]. Другой известный специалист в области боли R. Melzack выявил еще более удручающую картину. По его данным оказалось, что родовую боль как сильную и очень сильную испытывают около 65–68 % первично и повторно рожавших женщин. Более того, 23 % первично рожавших и 11 % повторно рожавших считают боль просто «ужасной» [30]. Установлено, что боль при родах считается одной из самых неприятных, по силе восприятия она уступает только каузалгиям после ампутаций конечностей [18].

К сожалению, серьезная отечественная статистика по данному вопросу отсутствует. Неофициальная же, встречающаяся на некоторых сайтах в интернете, свидетельствует, что 10 % российских рожениц испытывают слабую боль, не требующую лечения; у 65 % отмечаются умеренные боли и лишь у 25 % имеется сильный болевой синдром, который требует устранения. Однако достаточно зайти на женские интернетовские форумы, чтобы убедиться в том, что выраженный болевой синдром («боль такая, что страшнее не придумаешь») составляет определенную проблему и для российских женщин. Боязнь сильной боли при родах является одной из причин, по которой многие женщины не торопятся заводить детей.

Мы провели небольшое исследование в этом направлении и по специально разработанной анкете опросили по телефону произвольно отобранных 60 женщин спустя 6 месяцев с момента родов (в НИИАГ им. Д. О. Отта СЗО РАМН). Через естественные родовые пути было родоразрешено 49 (81,7 %) женщин с доношенным сроком одноплодной беременности, операцией же кесарева сечения — 11 (18,3 %). Оказалось, что 41 из 49 рожениц в силу разных причин (не было пред-

ложено обезболивание, боялись его последствий и пр.) испытывали довольно сильные, от 7 до 10 баллов по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), боли при схватках, которые повторно они бы не хотели ощущать.

Таким образом, сильная боль в родах — проблема вполне реальная.

2. Родовая боль и неадекватное болеутоление не имеет негативных последствий для здоровья женщины в отдаленном периоде после родов

Установлено, что встречаемость хронической боли в обществе достигает 35 %, причем этот показатель выше у женщин, чем мужчин (40 % против 31 %). 20 % пациентов, включаемых в клинические отчеты по хронической боли, связывают ее с хирургическими процедурами [28]. Установлено, что 67 % женщин с хроническими тазовыми болями в анамнезе перенесли кесарево сечение [7]. Даже после гистерэктомии частота хронических болей фиксируется в 5–32 % случаев [8]. Однако у родильниц такая связь не является абсолютной. Известно, что хронические боли развиваются не только после кесарева сечения (от 6 % до 18 %), но и после вагинальных родов (от 4 % до 10 %) [27]. Сегодня есть все основания полагать, что именно выраженность острого болевого синдрома, а не способ родоразрешения лежит в основе хронических болей [29]. При этом следует согласиться с мнением P. Lavand'homme [9], которая считает, что ориентация даже на минимальные показатели частоты развития хронической боли у родильниц не снижает остроты проблемы. Во-первых, этот маленький процент касается огромного числа женщин, так как процедура родов и кесарево сечение являются наиболее часто встречаемыми во всем мире. Во-вторых, при рассмотрении индивидуальных и социальных последствий этого осложнения важно понимать, что даже если речь идет не о сильной, а о незначительной боли, она определяет (снижает!) качество жизни женщин в послеродовом периоде.

Официальная российская статистика на сей счет отсутствует. Формально считается, что боли разной продолжительности бывают у каждой второй женщины. Обычно они проходят в течение 1–1,5 недель. Результаты нашего небольшого исследования показали, что у 17 (28,3 %) опрошенных женщин более 1 недели после родов имел место болевой синдром. При этом 6 человек (10 %) предъявили жалобы на наличие тазовых болей (в области промежности, операционного рубца, копчика и в области поясницы) и 14 (23,3 %) женщин (включая 3 с тазовыми болями) испытывали боли

другой локализации (вдоль спины, в шее, в суставах, головная боль). Причем половина из них испытывала боли ежедневно или через день. На усиление болевого синдрома после родов при его наличии до беременности указали 5 пациенток из 17.

В течение от 1 до 3 месяцев испытывали боли 5 (8,3 %) женщин, у 4 (6,7 %) болевой синдром сохранялся более 3 месяцев, а 2 пациентки указали, что боль их беспокоила и на момент опроса. При этом одна женщина вынуждена была принимать анальгетики и обратиться к медицинским специалистам по поводу болевого синдрома.

Следует принять во внимание, что всего четверо из 17 родильниц с болевым синдромом были родоразрешены оперативным путем в плановом порядке. У одной пациентки в родах применяли эпидуральную анальгезию (при этом роды закончились операцией кесарева сечения), у 3 (17,6 %) для обезболивания родов использовали фентанил в сочетании с холинолитиками (атропином) и спазмолитиками (но-шпа) — но без видимого эффекта болеутоления. Остальным 9 (53 %) пациенткам обезболивание родов не производили. Интенсивность боли в активную фазу первого периода родов по ВАШ они оценили от 8 до 10 баллов.

Оценка качества жизни опрошенных женщин показала, что у 50 % из них боль влияла на настроение, у 24 % тревожила или нарушала сон, у 4 из 17 — мешала вставать с низкого кресла/кровати, сидеть более 30 мин, носить тяжелые сумки или ребенка.

Результаты данного исследования, безусловно, являются предварительными. Однако с учетом того, что в стране ежегодно фиксируется более 1,5 млн родов, даже они показывают, что данная проблема имеет реальные медицинские и социальные последствия.

3. В хронизации болевого синдрома после родов ключевыми являются структурные соматические повреждения

В механизме развития боли в родах важная роль отводится психологическим факторам, которые могут изменять восприятие и эмоциональную ее оценку даже при отсутствии каких-либо серьезных соматических расстройств [31]. Это вполне понятно, так как из пяти основных компонентов, традиционно выделяемых в общей структуре восприятия боли, три имеют прямое отношение к формированию осознанного отношения к ноцицептивному воздействию: перцептуальный (позволяет определить место повреждения, но при родах он является

частью физиологического родового акта), эмоционально-аффективный (отражает психоэмоциональную реакцию на повреждение, при родах дополнен переживанием матери за состояние плода и оценкой своей ответственности за исход родов), когнитивный (участвует в формировании субъективного отношения к испытываемой в данный момент боли на основе накопленного опыта, но в родах он, как правило, нивелируется).

Значение психогенного фактора в хронизации болевого синдрома особенно активно изучают зарубежные исследователи. Классическая концептуальная модель R. J. Gatchel, например, предполагает, что некоторые пациенты имеют определенные преморбидные личностные/психологические характеристики, которые отличают их от других и которые могут усугубляться стрессом [14]. Важно, однако, подчеркнуть, что данная модель лишь допускает, что существует некая неспецифическая взаимосвязь между личностными особенностями или психологическими проблемами и болью. Следовательно, она не исключает других механизмов формирования болевого синдрома. В их изучение серьезную лепту внесли отечественные ученые. В частности, Г. Н. Крыжановским в результате многолетних исследований был открыт общий механизм нервных расстройств при повреждениях ЦНС. Было доказано, что в определенных ситуациях в нервной системе возникает патологический эффект — формирование новых функциональных интеграций из первично поврежденных и вторично измененных структур ЦНС. Разработка этой проблемы привела к созданию концепции патологической боли, которая позволила объяснить сохранение боли после завершения процессов заживления [4].

Важную роль в развитии патологической боли играют механизмы так называемой гипералгезии, для которой характерны нейрональная гиперчувствительность (сенситизация к боли) как в месте повреждения (первичная гипералгезия), так и в неповрежденных тканях (вторичная гипералгезия). Периферическая сенситизация носит адаптивный характер, ее следствием должен быть рефлекторный ответ, позволяющий избежать дальнейшего повреждения. При этом важно отметить, что механизмы первичной гипералгезии и биохимические процессы, протекающие в шейке матки в первом периоде родов, во многом однотипны. Другими словами, в родах всегда есть основания для формирования нейрональной гиперчувствительности, которая в определенных ситуациях может стать основой выраженного болевого синдрома, а неадекватные защитные реакции, посто-

янно поддерживаемая чрезмерная сенситизация, да еще и при личностной предрасположенности к гипертворности болевых ощущений, могут способствовать переходу его в последующем в хроническую форму.

Наши исследования (48 небеременных женщин, 56 женщин в первом триместре беременности, 54 пациенток во втором триместре, и 53 в третьем триместре беременности) показали, что во время беременности психоэмоциональный статус женщин претерпевает заметные изменения. Это необходимо учитывать при проведении курсов подготовки беременных к родам, занятий по психопрофилактике родовой боли при работе медицинского персонала в лечебных учреждениях, занимающихся организацией родовспоможения. Если ядром эмоциональной сферы небеременных женщин является уверенность, то у беременных в первом триместре сильнее всего выражены тревожность, депрессивность, невротизация, агрессия, слабее всего — самочувствие, одиночество, фрустрированность. Во втором триместре беременности наиболее выраженными являются состояния настроения, напряженности, агрессии, наименее — возбуждение, фрустрация и одиночество. В третьем триместре беременности сильно выражены состояния напряженности, агрессии, хорошего настроения и слабо — самочувствие, фрустрированность и одиночество.

Статистический анализ тесноты связей позволил установить, что в первом триместре происходит дезинтеграция эмоциональных состояний женщин. Затем количество связей повышается — во втором триместре значительно, а в третьем незначительно. Ядром эмоциональной сферы беременных в первом триместре является напряженность, во втором — самочувствие, в конце беременности — напряженность и невротизация.

В 2010 г. нами были опубликованы результаты изучения психоэмоционального состояния у 408 женщин в ответ на обезболивание опиоидными анальгетиками [3]. Оказалось, что эффект его в разных периодах родов был неодинаковым. На основании полученных данных можно было полагать, что обезболивание при лечении прелиминарного периода наиболее эффективно в плане воздействия на аффекторную (двигательную) составляющую психоэмоционального состояния женщин. Обезболивание же при раскрытии маточного зева на 2–4 см наиболее полно влияло на аффекторную (поведенческую) составляющую психоэмоционального состояния рожениц и требовалось

для снижения волевой установки и облегчения достижения должного контакта с медперсоналом. Обезболивание родов при раскрытии маточного зева на 5–7 см было эффективно при воздействии на безусловно-рефлекторную составляющую психоэмоционального состояния и предназначалось для адекватного усиления чувства материнства на данном этапе родов. Обезболивание при раскрытии маточного зева на 8–9 см наиболее оказалось показанным при необходимости воздействовать на целевую компоненту психоэмоционального состояния рожениц для снижения чувства страха за исход родов и усиления доминанты родов.

На этом основании нами было сделано заключение, что обезболивание препаратами опиоидного ряда лучше всего применять при раскрытии маточного зева на 2–4 см для реализации позитивного влияния на поведение в родах и улучшения психологического контакта женщины с акушерами, ведущими роды. При этом они мало помогают установить психологический контакт при раскрытии шейки матки на 5–7 см и даже, вероятно, должны быть противопоказаны при 8–9 см раскрытия, в виду их растормаживающего действия на поведение с усилением неуправляемости пациенток.

Таким образом, приведенные данные подтверждают, что к моменту родов у беременных женщин происходят отчетливые изменения психоэмоционального статуса, которые могут влиять на отношение их к боли и эффективность противоболевой терапии. Эти изменения могут играть важную роль в формировании и хронического болевого синдрома, поэтому связывать его только с конкретными морфологическими изменениями (травма промежности, симфизиолиз и пр.) нет оснований.

4. Применяемые в акушерстве методы болеутоления в родах оказывают негативное влияние на сократительную способность матки и течение родов

В современной специальной литературе полно противоречивых сообщений на эту тему. Объяснение данному факту кроется в сложности механизма родов. Известно, например, что нейрональная стимуляция по путям, связанным с передачей боли, ведет к высвобождению субстанций, которые способны усиливать (окситоцин) или ослаблять (адреналин) сокращения матки и влиять на расширение ее шейки. Кроме того, аксональные рефлексы могут привести к высвобождению нейротрансмиттеров из афферентов в нижний маточный сегмент и шейку, что тоже чревато непредсказуемым эффектом.

Поэтому действие анальгезии на течение родов в каждом конкретном случае может варьировать [22]. Весьма сложно также обеспечить сопоставимость исследуемых групп из-за множества индивидуальных особенностей рожаящих женщин, невозможности формирования полноценной контрольной группы (с отказом от обезболивания при наличии боли) по этическим соображениям. В связи с этим оценке обычно подвергается конечный эффект обезболивания — частота применения кесарева сечения и вспомогательных методов родоразрешения, продолжительность родов и пр. Ключевым объектом исследования являются нейроаксиальные (регионарные) методики анальгезии, которые сегодня относят к «золотому стандарту» из-за минимального воздействия на плод и новорожденного, обычно в сравнении с медикаментозным обезболиванием.

В период активного внедрения нейроаксиальных методик в практику появились данные об увеличении частоты кесаревых сечений на их фоне. Однако анализ этих статей позволил подвергнуть результаты сомнению, так как по целому ряду параметров (возраст, вес, патологическое течение родов и пр.) группы во многих исследованиях не были сопоставимы [15]. Проведенный в 2004 г. тщательный мета-анализ содержания публикаций по данному вопросу показал отсутствие влияния эпидуральной анальгезии на частоту кесаревых сечений [16].

Следующая спорная позиция касается времени инициации регионарной анальгезии и длительности ее применения. До 2002 г. в мировой практике отталкивались от рекомендаций, которые предписывали необходимость инициирования регионарного обезболивания только при раскрытии маточного зева до 4–5 см. Однако F. Z. Wong et al. [32] показали (12793 роженицы, срок наблюдения 5 лет), что более раннее применение эпидуральной анальгезии (при раскрытии шейки от 1 см) не пролонгирует роды и не увеличивает частоту кесарева сечения у многорожавших женщин по сравнению с аналогичной анестезией при раскрытии 4 см и более.

Нередко, особенно в практике отечественных учреждений, в конце активной фазы первого периода родов прекращается введение анальгетиков и анестетиков в эпидуральное пространство из-за боязни увеличения продолжительности родов и повышения риска инструментального родоразрешения. Однако анализ пяти рандомизированных контролируемых исследований ($n=462$), в которых сравнивался протокол досрочного прекращения эпидуральной анальгезии с протоколом пролонгированного эпидурального обезболивания

родов до периода рождения последа, показал, что эти опасения излишни. Авторами не было выявлено статистически значимых различий в частоте использования акушерских щипцов и вакуум-экстрактора (23 % и 28 % соответственно), но зато отмечено статистически значимое увеличение частоты неадекватного обезболивания родов с 6 % до 22 % [11].

В последние годы точно так же подвергнуты сомнению данные о том, что обезболивание родов *существенно* влияет на их продолжительность и скорость раскрытия шейки. Показано, что хотя такое влияние в какой-то мере имеет место, но оно не имеет большого практического значения. Например, S. H. Halpern, F. W. Abdallah [15] подвели итог 15 исследованиям (6701 пациент) и констатировали отсутствие влияния нейроаксиальных блокад на продолжительность первого периода родов. Второй период, по их данным, удлинялся в среднем на 16 (10–23) мин. Напротив, S. Fyneface-Ogan, C. N. Mato, S. E. Anya [13] в проспективном исследовании установили, что при использовании эпидуральной анальгезии средняя продолжительность как первого, так и второго периодов родов по сравнению с парентеральным обезболиванием (опиоид/седативный препарат) укорачивается, удовлетворенность родами повышается («лучше, чем ожидали», 80 % в сравнении с 4 %), а частота неэффективного болеутоления уменьшается (8 % и 72 % соответственно).

На последнем конгрессе американского общества анестезиологов (сентябрь 2010 г.) в лекции C. A. Wong (Chicago) «Neuraxial Labor Analgesia and Pregnancy Outcome: Fact and Fiction» с позиции положений доказательной медицины сделано заключение, что на сегодня нейроаксиальная анестезия: 1) не увеличивает риск кесарева сечения; 2) она может увеличивать риск наложения акушерских щипцов или использования вакуум-экстрактора, но это зависит от глубины моторного блока — чем он глубже, тем больше риск и наоборот; 3) не ослабляет значимо исходно нормальные схватки; 4) пока не вполне ясно, пролонгирует ли она продолжительность 1-го периода родов, но если и да, то незначительно; 5) она незначительно пролонгирует 2-й период родов, что также не имеет большого практического значения; 6) не вызывает моторный блок у роженицы при использовании низких концентраций местных анестетиков; 7) не нарушает способность женщины тужиться на фоне сохранения чувствительности в области промежности; 8) не влияет на состояние плода при стабильности системной гемодинамики.

Таким образом, в настоящее время в мире накоплен довольно большой клинический опыт обезболивания родов, в том числе с помощью нейроаксиальных блокад, который не подтверждает негативного влияния болеутоления на течение родов и, соответственно, на сократительную способность матки. Поскольку последнее заключение основывается на косвенных данных, в НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта проведено целенаправленное исследование влияния эпидуральной анестезии 0,5%-м раствором маркаина на сократительную активность матки кролика [2]. Эксперименты по специально разработанной в институте методике были проведены в общей сложности на 25 самках кролика породы «Шиншилла» массой от 3,5 до 4,5 кг. Все животные были первобеременными и содержались в регламентированных условиях вивария на стандартном рационе. На 28-й день беременности в условиях общей анестезии тиопенталом натрия им вшивали в поверхностный слой миометрии на расстоянии 0,5 см друг от друга два электрода, соединенные с многожильным проводом в тефлоновой оболочке для биполярной регистрации электрической активности матки. Опыты по оценке сократительной способности матки проводили через сутки после операции, т. е. на 30-й день беременности. Во время опыта самка кролика находилась в естественном (сидячем) положении в станке, ограничивающем ее движения. Регистрацию исследуемых параметров проводили в течение 40 мин. Сокращения матки у животных вызывали четырехкратным внутривенным введением окситоцина через каждые 10 мин. Эпизодами возникающих сокращений матки считали те, при которых амплитуда электрического сигнала увеличивалась более чем в 3 раза по отношению к ее базовой величине. Во 2-й серии (основная группа, $n = 12$) животным через 10 мин после первого введения окситоцина на уровне VI поясничного позвонка в эпидуральное пространство вводили 0,5%-й раствор маркаина в объеме 1,0 мл. Дальнейшее трехкратное введение окситоцина производили уже на фоне развившейся у самки кролика анестезии.

Наблюдения показали, что в контрольной группе после введения окситоцина у рожавших самок максимальное количество маточных сокращений ($4,04 \pm 0,28$) наблюдалось в первые 10 мин после введения окситоцина. После введения второй дозы окситоцина количество маточных сокращений начинало постепенно снижаться и с 20-й по 40-ю мин наблюдения уменьшилось в 1,6 раза ($p < 0,01$). При этом продолжительность одного маточного сокращения на протя-

жении всего периода наблюдения у рожавших самок увеличивалась. После первого введения окситоцина она составляла $5,72 \pm 0,77$ с, а к концу исследования (на 40-й минуте наблюдения) его продолжительность составила $9,28 \pm 1,43$ с, что превышало исходные данные в 1,6 раза ($p < 0,01$).

В основной группе после введения первой дозы окситоцина количество маточных сокращений было максимальным ($4,07 \pm 0,3$) в течение первых 10 мин наблюдения и не отличалось от такового самок контрольной группы. После проведенной регионарной анестезии и введения второй дозы окситоцина, также как и у животных контрольной группы, с 20-й мин наблюдения количество маточных сокращений начинало достоверно уменьшаться, и к концу исследования оно снижалось в 1,4 раза ($p < 0,05$) по сравнению с исходными данными. При этом, так же как у животных контрольной группы, продолжительность одного маточного сокращения на протяжении всего периода наблюдения увеличивалась.

Таким образом, в контрольной и основной группах рожавших самок наблюдалась сходная равнозначная реакция маточной активности под влиянием повторных инфузий окситоцина: равнозначно уменьшалось количество маточных сокращений и увеличивалась их продолжительность. Следовательно, полученные данные подтвердили отсутствие прямого влияния эпидуральной анестезии 0,5%-м раствором маркаина на сократительную функцию матки и чувствительность ее к окситоцину.

Рассмотреть все проблемные вопросы, связанные с обезболиванием родов, в рамках одного сообщения невозможно, тем более что многие из них (формирование чувства материнства, например, или полноценность созревания антиноцицептивных систем у детей) выходят за рамки анестезиологии и реаниматологии. Вместе с тем представленные материалы, как нам кажется, вполне достаточны для того, чтобы расширить диапазон применения методов болеутоления в родах, особенно при явных страданиях роженицы. Большинство положений, сдерживавших до сих пор внедрение методов анестезии в акушерскую практику, на проверку оказались не вполне объективными в отличие от реальности сильной родовой боли у довольно значительного числа реальных женщин. Важно помнить, что при отсутствии неблагоприятных последствий «...благодеяние обезболивания не поддается никакому реальному измерению или исчислению, это бесценный дар, ни с чем несравнимое сокровище» (С. С. Юдин).

Литература

1. Атанасов А., Абаджиев П. Анестезиология: пер. с болг. — 3-е изд. — София: Медицина и физкультура, 1962. — 384 с.
 2. Влияние регионарной анестезии маркаином на сократительную активность матки самки кролика в конце беременности / Базиян Е. В. [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. — 2010, Т. LIX, Вып. 5. — С. 23–28.
 3. Киселев А. Г., Полушин Ю. С. Изменение психоэмоционального состояния женщин в родах под влиянием обезболивания опиоидными анальгетиками // Анестезиология и реаниматология. — 2010. — № 6. — С. 37–40.
 4. Крыжановский Г. Н. Центральные механизмы патологической боли // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1999. — Т. 99. — С. 4–7.
 5. Antenatal preparation and labor support in relation to birth outcomes / Bennett A. [et al.] // Birth. — 1985. — Vol. 12, № 9.
 6. Bonica J. J. Textbook of Pain. — Edinburgh: Churchill-Livingstone, 1984.
 7. Cesarean section as a cause of chronic pelvic pain / Almeida E. S. C. [et al.] // Int. J. Gynaecol. Obstet. — 2002. — Vol. 79. — P. 101–104.
 8. Chronic pain after hysterectomy / Brandsborg B. [et al.] // Acta Anaesthesiol. Scand. — 2008. — Vol. 52. — P. 127–131.
 9. Chronic pain after vaginal and cesarean delivery: a reality questioning our daily practice of obstetric anesthesia / Lavand'homme P. [et al.] // Int. J. Obstetric Anesthesia. — 2010. — Vol. 19, № 1. — P. 1–2.
 10. Crowhurst J. A., Plaat F. Labor analgesia for the 21st century. Seminars in anesthesia // Perioperative medicine and pain. — 2000. — Vol. 19, № 3. — P. 164–170.
 11. Discontinuation of epidural analgesia late in labor for reducing the adverse delivery outcomes associated with epidural analgesia / Torvaldsen S. [et al.] // Cochrane Database Syst. Rev. — 2004. — № 4. — CD004457.
 12. Explaining pain and enjoyment in childbirth / Norr K. [et al.] // J. Health and social Behavior. — 1977. — Vol. 18. — P. 260.
 13. Fyneface-Ogan S., Mato C. N., Anya S. E. Epidural anesthesia: views and outcomes of women in labor in a Nigerian hospital // Ann. Afr. Med. — 2009. — Vol. 8, № 4. — P. 250–256.
 14. Gatchel R. J. Psychological disorders and chronic pain: Cause — and effect relationships // Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook // eds. R. J. Gatchel, D. C. Turk. — New York: Guilford Press, 1996. — P. 33–52.
 15. Halpern S. H., Abdallah F. W. Effect of labor analgesia on labor outcome // Curr. Opinion in Anesthesiol. — 2010. — Vol. 23, № 3. — P. 317–322.
 16. Halpern S. H., Leighton B. L. Epidural analgesia and the progress of labor // Evidencebased Obstetric Anesthesia / eds. Halpern S. H., Douglas M. J. — Oxford, 2005. — P. 10–22.
 17. Kehlet H., Jensen T. S., Woolf C. J. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention // Lancet. — 2006. — Vol. 367. — P. 1618–1625.
 18. Melzack R. The myth of painless childbirth // Pain. — 1984. — Vol. 19. — P. 32–37.
 19. Miller A. C. The effects of epidural analgesia on uterine activity and labor // Int. J. Obst. Anesth. — 1997. — Vol. 6. — P. 2–18.
 20. Mothers' reports of postpartum pain associated with vaginal and cesarean deliveries: results of a national survey / Declercq E. [et al.] // Birth. — 2008. — Vol. 35. — P. 16–24.
 21. Pain after breast surgery a survey of 282 women / Wallace M. S. [et al.] // Pain. — 1996. — Vol. 66. — P. 195–205.
 22. Pen P. H., Eisenach J. The pain of childbirth and its effects on the mother and the fetus // Chestnut's obstetric anesthesia: principles and practice / ed. D. H. Chestnut. — 4th ed. — Philadelphia: Mosby Elsevier, 2009. — P. 387–404.
 23. Persistent genital and pelvic pain after childbirth / Paterson L. Q. [et al.] // J. Sex. Med. — 2009. — Vol. 6. — P. 215–221.
 24. Persistent pain after caesarean section and vaginal birth: a cohort study / Kainu J. P. [et al.] // Int. J. Obstet. Anesth. — 2009. — Vol. 19. — P. 7–12.
 25. Perttunen K., Tasmuth T., Kalso E. Chronic pain after thoracic surgery a follow up study // Acta Anaesthesiol. Scand. — 1999. — Vol. 43. — P. 561–567.
 26. Predictive factors of postoperative pain after day — case surgery / Gramke H. F. [et al.] // Clin. J. Pain. — 2009. — Vol. 25. — P. 455–460.
 27. Prevalence and predictors of chronic pain after labor and delivery / Vermeils J. M. [et al.] // Curr. Opin. Anaesthesiol. — 2010. — Vol. 23. — P. 295–299.
 28. Risk factors for chronic pain after hysterectomy: a nationwide questionnaire and database study / Brandsborg B. [et al.] // Anesthesiology. — 2007. — Vol. 106. — P. 1003–1012.
 29. Severity of acute pain after childbirth but not type of delivery predicts persistent pain and postpartum depression / Eisenach J. C. [et al.] // Pain. — 2008. — Vol. 140. — P. 87–94.
 30. Severity of labor pain influence of physical as well as psychologic variables / Melzack R. [et al.] // Can. Med. Assoc. J. — 1984. — Vol. 1, № 30. — P. 579–584.
 31. Wicksell R. K., Olsson G. L. Predicting and Preventing Chronic Postsurgical Pain and Disability // Anesthesiology. — 2010. — Vol. 113, № 6. — P. 1260–1261.
 32. Wong F. Z. Epidural analgesia in the latent Phase of labor and risk of cesarean delivery // Anesthesiology. — 2009. — Vol. 111. — P. 871–80.
- MYTHS AND REALITIES OF LABOR ANALGESIA
- Polushin Y. S., Ailamazyan E. K., Korostelev Y. M., Kiselev A. G., Pervak V. A., Vasilieva O. I.
- **Summary:** The report discusses some controversial issues related to labor pain relief. The results of own research and data

of literature shows, that opinion about negative influences of analgesia on the course of childbirth are not evidence. At the same time, the severe pain in obstetrics is not very rare, and it is not accompanied by negative reactions only directly in childbirth. It also could cause the chronic pain syndrome, deteriorating quality of life in the postpartum period.

■ **Key words:** anaesthesia; childbirth; acute and chronic pain syndrome.

■ Адреса авторов для переписки

Полушин Юрий Сергеевич — д. м. н., профессор, руководитель отделения анестезиологии и реанимации.

НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗО РАМН.
199034, Россия, Санкт-Петербург, Менделеевская линия, д. 3.

E-mail: polushin1@gmail.com.

Айламазян Эдуард Карпович — директор, академик РАМН, з. д. н., профессор.

НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗО РАМН.
199034, Россия, Санкт-Петербург, Менделеевская линия, д. 3.

E-mail: iagmail@ott.ru.

Коростелев Юрий Михайлович — к. м. н., доцент, с. н. с. отделения анестезиологии и реанимации.

НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗО РАМН.
199034, Россия, Санкт-Петербург, Менделеевская линия, д. 3.

E-mail: juko_71@mail.ru.

Киселев Андрей Геннадьевич — к. м. н., доцент, анестезиолог-реаниматолог.

НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗО РАМН.
199034, Россия, Санкт-Петербург, Менделеевская линия, д. 3.

E-mail: juko_71@mail.ru.

Первак Владимир Анатольевич — к. м. н., анестезиолог-реаниматолог.

НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗО РАМН.
199034, Россия, Санкт-Петербург, Менделеевская линия, д. 3.

E-mail: med-tehno@yandex.ru.

Васильева Ольга Ивановна — студент, медицинский факультет. Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И. П. Павлова.

197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8.

E-mail: friaza@mail.ru.

Polushin Yuri Sergeevich — Ph. D., professor, head of the department of anesthesiology and intensive care.

D. O. Ott Research Institute of Obstetrics and Gynecology, RAMS.
199034 Russia, St. Petersburg, Mendeleyevskaya Line, 3.

E-mail: polushin1@gmail.com.

Aylamazyan Edvard Karpovich — the chief, academician, professor.

D. O. Ott Research Institute of Obstetrics and Gynecology, RAMS.
199034 Russia, St. Petersburg, Mendeleyevskaya Line, 3.

E-mail: iagmail@ott.ru.

Korostelev Yuri Mihailovich — PhD, Associate Professor, Senior Scientist department of anesthesiology and intensive care.

D. O. Ott Research Institute of Obstetrics and Gynecology, RAMS.
199034 Russia, St. Petersburg, Mendeleyevskaya Line, 3.

E-mail: juko_71@mail.ru.

Kiselev Andrey Gennadievich — MD, associate professor, anesthesiologist.

D. O. Ott Research Institute of Obstetrics and Gynecology, RAMS.
199034 Russia, St. Petersburg, Mendeleyevskaya Line, 3.

E-mail: juko_71@mail.ru.

Pervak Vladimir Anatolievich — MD, anesthesiologist-resuscitator.

D. O. Ott Research Institute of Obstetrics and Gynecology, RAMS.
199034 Russia, St. Petersburg, Mendeleyevskaya Line, 3.

E-mail: med-tehno@yandex.ru.

Vasilyeva Olga Ivanovna — student, medical faculty.

St. Petersburg State Medical University named after Pavlov I. P.
197022, Sankt-Peterburg, st. Leo Tolstoy, 6/8.

E-mail: friaza@mail.ru.