**Обезболивание родов**

Трифонова Е.В.

Основными причинами болей в родах являются: раскрытие шейки матки, богатой нервными рецепторами, растяжение высокочувствительной брюшины; растяжение связок матки; возбуждение рецепторных полей сосудов; сокращение миометрия и его ишемизация, а также сопротивление мышц тазового дна. Защитной реакцией на боль можно считать разрушение части нервных волокон в матке к началу родов.

Наиболее важными требованиями к обезболиванию в родах являются снятие отрицательных эмоций и страхов, отсутствие угнетающего действия на родовую деятельность, обеспечение хорошего болеутоляющего эффекта, полная безопасность метода для женщины и плода, сохранение сознания роженицы, способность ее активно участвовать в родовом акте, простота и доступность в использовании.

Методы обезболивания подразделяются на немедикаментозные и медикаментозные.

1. Немедикаментозные методы

К немедикаментозным методам относятся психопрофилактика, гипнотерапия, акупунктура, акупрессура, гидротерапия, массаж, электроанальгезия. Эти методы отличаются тем, что не оказывают отрицательного влияния на плод и на сократительную деятельность матки. Психопрофилактика направлена на то, чтобы снять психогенный компонент боли, устранить представление о ее неизбежности. Реализуется в виде индивидуальных и групповых бесед, обучения приемам, снимающим болевые ощущения. Акупунктура и акупрессура блокируют сенсорный и эмоциональный компоненты боли, однако ограничивают подвижность женщины. Хорошим эффектом обладает метод гипноза и другие немедикаментозные методы. В частности, эти методы позволяют снизить дозу лекарственных препаратов, применяемых для обезболивания в родах.

2. Медикаментозные методы

Медикаментозные методы подразделяются на ингаляционные, неингаляционные и методы местной анестезии. Среди ингаляционных анестетиков используются закись азота, энфлуран, трилен, фторотан, трихлорэтилен. Эти вещества проникают через плацентарный барьер, могут вызывать послеродовые гипотонические кровотечения. В группе неингаляционных анестетиков чаще всего используются наркотические анальгетики, особенно промедол по 1-2 мл 1 % раствора в/м. Действие его начинается через 10-20 мин. и продолжается до 2-х ч. Однако после раскрытия шейки матки инъекции промедола противопоказаны, так как он может вызывать наркотическую депрессию плода. Используются также трамал, фентанил, пентазоцин, реже морфин. Спазмолитики (но-шпа, папаверин, баралгин) самостоятельно используются редко, чаще в сочетании с другими анальгетиками.

Транквилизаторы нормализуют функциональное состояние коры больших полушарий, снижают волнение, беспокойство. В родах используют чаще всего производные бензодиазепина - реланиум, седуксен, а также применяют атаралгезию - сочетание транквилизаторов и наркотических анальгетиков.

Нейролептанальгезия в родах проводится сочетанием нейролептического препарата дроперидола в дозе 2,5-5 мг и наркотического анальгетика фентанила (0,5-1 мг). Для лечебного акушерского наркоза используется 20 % раствор натрия оксибутирата (ГОМК).

Из методов местной и регионарной анестезии в родах чаще всего используется эпидуральная анестезия - блокада проводников от нервных сплетений матки. Пункция производится на уровне I-II или III-IV поясничных позвонков. Анестезия может быть одномоментной или длительной (с катетеризацией эпидурального пространства).

Парацервикальная блокада - введение анестетиков в основание широкой связки матки.

Пудендальная блокада - блокада n. pudendus проводится между седалищным бугром и наружным сфинктером прямой кишки.