

УДК 618.6-092	UDC 618.6-092
НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛИ В РОДАХ	NON-DRUG APPROACHES TO TREATING PAIN DURING LABOR
Москаленко Анастасия Александровна <i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар, Россия</i>	Moskalenko Anastasia Alexandrovna <i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia</i>
Напсо Жанет Алиевна <i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар, Россия</i>	Napso Janet Alievna <i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia</i>
Ахиджак Ася Нуховна – канд. мед. наук <i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар, Россия</i>	Akhidzhak Asya Nukhovna – MD <i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia</i>
Шаповалова Ольга Александровна – канд. мед. наук <i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар, Россия</i>	Shapovalova Olga Alexandrovna – MD <i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia</i>
<p>В статье обоснована необходимость внедрения подходов к лечению, которые помогают сделать боль в родах управляемой и улучшить эффективное преодоление ее для роженицы. Пациентке предложено обучение выбору доступных методов обезболивания (предпочтительно в рамках дородового ухода).</p> <p>Рассмотрены различные нефармакологические методы лечения боли во время родов и приведены доказательства их эффективности. Представлены смежные темы по фармакологическому лечению боли и страданий во время родов.</p> <p>Выводы. Беременные женщины должны иметь доступ к качественному обучению в области родов, физическому пространству, благоприятному для родов и эмоциональной поддержке. Пациентки с большей вероятностью придут в активной фазе родов, будут рожать вагинально, использовать меньше лекарств и сообщать о высоком уровне удовлетворенности опытом родов.</p>	<p>The article suggests the treatment approaches that help make labor pain manageable and improve effective pain management for the mother. The patient is offered education on the choice of available pain relief methods (preferably as part of antenatal care).</p> <p>A variety of non-pharmacological treatments for pain during labor are reviewed and evidence for their effectiveness is provided. Related topics on pharmacological treatments for pain and suffering during labor are presented.</p> <p>Conclusions. Pregnant women should have access to quality childbirth education, a physical space conducive to labor, and emotional support. Patients are more likely to arrive in active labor, deliver vaginally, use fewer medications, and report high levels of satisfaction with their birth experience.</p>
Ключевые слова: РОДЫ, ПОДДЕРЖКА ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ, БОЛЬ В РОДАХ, НЕФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД	Key words: CHILDBIRTH, PSYCHOLOGICAL SUPPORT, PAIN IN CHILDBIRTH NON-PHARMACOLOGICAL APPROACH

Введение

Боль является распространенным симптомом родов и может быть локализована в животе, спине, бедрах, тазовом дне, промежности или других местах. К физиологическим факторам, вызывающим боль в родах, относят сокращение и раскрытие шейки матки и давление со стороны плода. Боль в родах может усиливаться из-за ненормального положения плода, внутриутробных инфекций, таких как хориоамнионит, и других патологических проблем, таких как отслойка плаценты. На восприятие и переживание боли дополнительно влияют когнитивные способности, эмоциональный фон и окружающая среда.

Управление родовой болью – основная цель интранатального ухода. Существует два подхода: фармакологический и нефармакологический. Фармакологические подходы в основном направлены на устранение или уменьшение физического ощущения родовой боли. Нефармакологические подходы ориентированы на повышение комфорта, увеличение способности роженицы справляться с болью и предотвращение страданий. Нефармакологические вмешательства при родовой боли могут снизить риск кесарева сечения, в том числе для пациенток, также использующих фармакологическое лечение.

В статье рассмотрены различные нефармакологические методы лечения боли во время родов и доказательства их эффективности. Смежные темы по фармакологическому лечению боли и страданий во время родов представлены отдельно.

Международное общество описывает боль как «неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с реальным или потенциальным повреждением тканей или описываемое в терминах такого повреждения [1]. На боль также влияют когнитивные, экологические и социальные факторы [2]. Новые исследования функциональной магнитно-резонансной томографии (МРТ) предлагают новую информацию, картируя мозговую сигнатуру

боли при родах [3]. Восприятие и переживание боли во многом зависят от уровня познания и окружающей обстановки, а также от воздействия эмоциональных (страх) и социальных (постоянная поддержка), предыдущего опыта (сексуальная травма).

Страдание отделено от боли может быть определено с точки зрения любого из следующих психологических элементов: воспринимаемая угроза телу и/или психике, беспомощность и потеря контроля, дистресс, нехватка ресурсов для преодоления стрессовой ситуации или страх смерти матери или ребенка [4]. Боль и страдание часто возникают вместе, однако можно страдать без боли или испытывать боль без страдания [5].

При оценке эффективности лечения необходимо учитывать используемые результаты исследования. Традиционно оценивали шкалы боли или применение фармакологических методов лечения по актуальным для пациента результатам, таким как удовлетворенность лечением или желание использовать его в будущих родах.

Шкалу боли (например, визуальная аналоговая шкала боли [ВАШ]) обычно применяют для оценки воздействия вмешательств на боль. Однако возможен обманчивый результат, поскольку беременная женщина может оценить свою боль как сильную и при этом справляться с ней, не страдая и не чувствуя себя подавленной. Согласно этой шкале пациентке задают вопрос: «По шкале от 1 до 10, насколько хорошо Вы справляетесь с родами сейчас?»

Большинство женщин, которые использовали нефармакологические методы облегчения боли, выразили удовлетворение результатом и пожелали применять их для управления, а не устранения боли в последующих родах. Это открытие указывает на то, что пациенты могут объективно оценить предложенные методы, результаты которых не были выявлены в исследованиях, оценивающих показатели боли.

Акушерские результаты Рожаящие женщины, которым был предоставлен один или несколько нефармакологических подходов к обезболиванию, также могут иметь более низкий риск кесарева сечения и короткую активную фазу родов. Несколько нефармакологических подходов к обезболиванию, описанных в этом документе, соответствуют пакету мер безопасности для пациентов при редукции кесарева сечения Альянса по инновациям в области охраны здоровья матерей.

Более высокий уровень самоэффективности в родах, вера беременной женщины в то, что она может справиться, связаны с уменьшением тревожности, боли и акушерского вмешательства. В исследовании приняли участие около 1800 датских женщин, которые сравнивали влияние структурированной дородовой программы с лекциями в аудитории. Женщины, принимавшие участие в структурированной программе, на 50 % менее склонны сообщать о низкой самоэффективности.

Право на участие в информированном совместном принятии решений относительно ухода за ними. Обучение в области родов является подходящим источником информации для принятия решений и должно включать освоение действий (меры комфорта и прогресса родов), которые можно использовать, если женщины предпочитают свести к минимуму медицинские вмешательства.

Дородовым выбором плана управления болью могут быть продиктованы другие решения: подготовки к родам, родовая среда и выбор поставщиков услуг по уходу. Пациенты должны сообщить о своих предпочтениях персоналу и собственной команде (например, лицам, осуществляющим уход, инструктору по родам, доуле и людям, оказывающим поддержку), чтобы они могли помогать так, как предпочитает пациентка. Лица, осуществляющие уход за ней, и люди, оказывающие поддержку, также помогают, обеспечивая физический комфорт, успокоение, руководство, поощрение и безусловное принятие стиля преодоления. При такой поддержке,

наряду с принятием активной роли в принятии решений, пациентки, желающие свести к минимуму использование обезболивающих препаратов, с большей вероятностью сделают это. Нематериальные выгоды могут включать снижение ощущения беспомощности и повышенное чувство мастерства, контроля и благополучия [4]. Родители также должны знать, что роды непредсказуемы, и обстоятельства могут потребовать использования менее предпочтительных вмешательств для обеспечения безопасного прохождения матери и ребенка.

Важно обеспечить доступ к безопасному и комфортному месту родов, возможность свободно передвигаться, лежать и вставать с кровати, а также эмоциональный и физический комфорт по выбору.

Нефармакологический подход к лечению боли включает широкий спектр методов, которые направлены не только на физические ощущения боли, но и на попытку усилить психоэмоциональные и духовные компоненты ухода, таким образом, уменьшить страдания. При таком подходе боль воспринимается как нормальный компонент большинства родов.

Целью лечения является не устранение боли, а сохранение ее в пределах, которые определяет роженица; таким образом, акцентируя внимание на внедрении подходов к лечению, которые помогают сделать боль в родах управляемой и улучшить эффективное преодоление ее для женщины. Пациентка обучается выбору доступных методов обезболивания (предпочтительно в рамках дородового ухода), а затем взвешивает риски, преимущества и альтернативные варианты по каждому методу. Пациентка учитывает любые страхи перед болью, напряжением, усталостью или инвазивными процедурами или опасения по поводу побочных эффектов от применения метода обезболивания (например, относительная неподвижность, потенциальное влияние на ход родов, плод/новорожденного, отсутствие ясности ума). Знание этой информации позволяет пациентке планировать подход, который наилучшим образом соответствует ее потребностям. Такие планы

могут быть составлены до родов, важны предпочтения пациентки. Следует уважать любые изменения, которые она желает внести в выбор подхода к обезболиванию во время родов. Пациентки, собирающиеся рожать и использовать только нефармакологические методы преодоления, могут продолжить роды и восстановиться без лекарств, но им не следует отказывать в приеме препаратов по их просьбе. Помощь должна быть предоставлена на основе концепции, учитывающей травму, основу которой составляют поддержка, согласие, совместное принятие решений и уважение.

Метаанализ четырех рандомизированных исследований акупрессуры для лечения боли во время родов показал, что ее интенсивность была значительно снижена в группе акупрессуры по сравнению с плацебо-контролем (легкое прикосновение) или с комбинированным контролем (легкое прикосновение или отсутствие лечения). Однако не было существенной разницы между группами вмешательства и контроля в использовании фармакологической анальгезии.

Другой метаанализ тринадцати испытаний позволил сравнить акупрессуру во время родов с плацебо (обычный уход) по продолжительности родов и способу родоразрешения. Применение акупрессуры позволило сократить продолжительность активной фазы на 1,31 ч (95 % ДИ 1,738–0,882; $p = 0,001$). Увеличилась вероятность вагинальных родов (коэффициент шансов – 2,329, 95 % ДИ 1,348–4,024, $p = 0,002$). Уровень снижения боли не измерялся, более короткие роды и меньшее количество кесаревых сечений означают низкую подверженность болезненным схваткам или хирургии.

В исследовании, в котором 140 рожениц были случайным образом распределены в одну из четырех групп лечения (холодная, традиционная и теплая акупрессура или контрольная), по 35 пациентов в каждой, показатели визуальной аналоговой и вербальной шкалы категорий были самыми низкими при теплой акупрессуре и высокими в контрольной группе [80].

Выводы

Источники боли и варианты лечения. Маточные сокращения, боль в спине и давление на промежность способствуют возникновению боли во время родов. Большинство беременных женщин используют некоторые нефармакологические подходы для управления болью во время родов, с фармакологическими подходами или без них. Нефармакологические подходы к управлению болью во время родов не устраняют ее. Они помогают пациенткам эффективно справляться с болью во время родов и сохранять личный контроль над процессом, тем самым уменьшая страдания.

Показатели результатов. Традиционно оценивали шкалы боли или применение фармакологической терапии, важные для пациента результаты, такие как чувство мастерства и способность справиться с болью благодаря самопомощи и участия партнера, а не обезболивающих препаратов на протяжении всех или части родов, могут быть более удовлетворительными и казаться более безопасными для некоторых людей.

Обучение и поддержка в родах. Подтверждающие данные ограничены, однако считаем, что все беременные женщины должны иметь доступ к качественному обучению в области родов, физическому пространству, благоприятному для родов, и эмоциональной поддержке. Пациентки, получающие постоянную поддержку в родах, с большей вероятностью придут в активной фазе родов, будут рожать вагинально, использовать меньше лекарственных препаратов и сообщать о высокой удовлетворенности своим опытом родов.

Нефармакологический подход к управлению болью включает широкий спектр методов, которые пытаются усилить психоэмоциональные и духовные компоненты ухода и таким образом уменьшить страдания. Однако многие из доступных нефармакологических методов не имеют данных, демонстрирующих эффективность в уменьшении боли, что может отражать отсут-

ствии важных для пациента результатов при ее оценке. Беременная женщина может использовать один или комбинацию методов лечения, их выбор во многом определяется ее предпочтениями и доступностью методов лечения.

Список литературы

1. Международная ассоциация по изучению боли: таксономия. <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain> (дата обращения: 27 февраля 2017 г.).
2. Природа родовой боли: обновленный обзор литературы / *L. Y. Whitburn, L. E. Jones, M. A. Davey, S. McDonald* // *Women Birth*. – 2019; 32:28.
3. Нейронная основа боли во время родов / *Дж. Дж. Ван, Ф. Г. Ян, С. С. Цай, А. С. Чао* // *Am J Obstet Gynecol*. – 2023; 228: S1241.
4. *Лоу Н. К.* Природа родовой боли / *Н. К. Лоу* // *Am J Obstet Gynecol*. – 2002; 186:S16.
5. Физиологическая основа боли в родах и родоразрешении: научно обоснованный подход к ее лечению / *J. Bonapace, G. P. Gagné, N. Chaillet и др.* // *J Obstet Gynaecol. Can.* – 2018; 40:227.
6. Акушерская анальгезия и анестезия. В: *Williams Obstetrics*, 24-е изд., *Cunningham FG / K. J. Leveno, S. L. Bloom, C. Y. Spong, J. S. Dashe, B. L. Hoffman, B. M. Casey, J. S. Sheffield* // McGraw-Hill Education. – Нью-Йорк, 2014. – 506 с.
7. *Mårtensson L.* Лечение родовой боли с помощью кожных инъекций стерильной воды: рандомизированное контролируемое исследование / *L. Mårtensson, G. Wallin* // *Br J Obstet Gynaecol*. – 1999; 106:633.
8. *Мелзак Р.* Боль в пояснице во время родов / *Р. Мелзак, Д. Шаффельберг* // *Am J Obstet Gynecol*. – 1987; 156:901.
9. *Tzeng Y. L.* Боль в пояснице во время родов и связанные с ней факторы / *Y. L. Tzeng, T. J. Su* // *J Nurs Res*. – 2008; 16:231.
10. Обезболивание при родах: предпочтения беременных женщин, акушерок и акушеров-гинекологов / *К. Л. Мэдден, Д. Тернбулл, А. М. Сайна, П. Адельсон, С. Уилкинсон* // *Роды у женщин*. – 2013; 26(1): 33–40.