

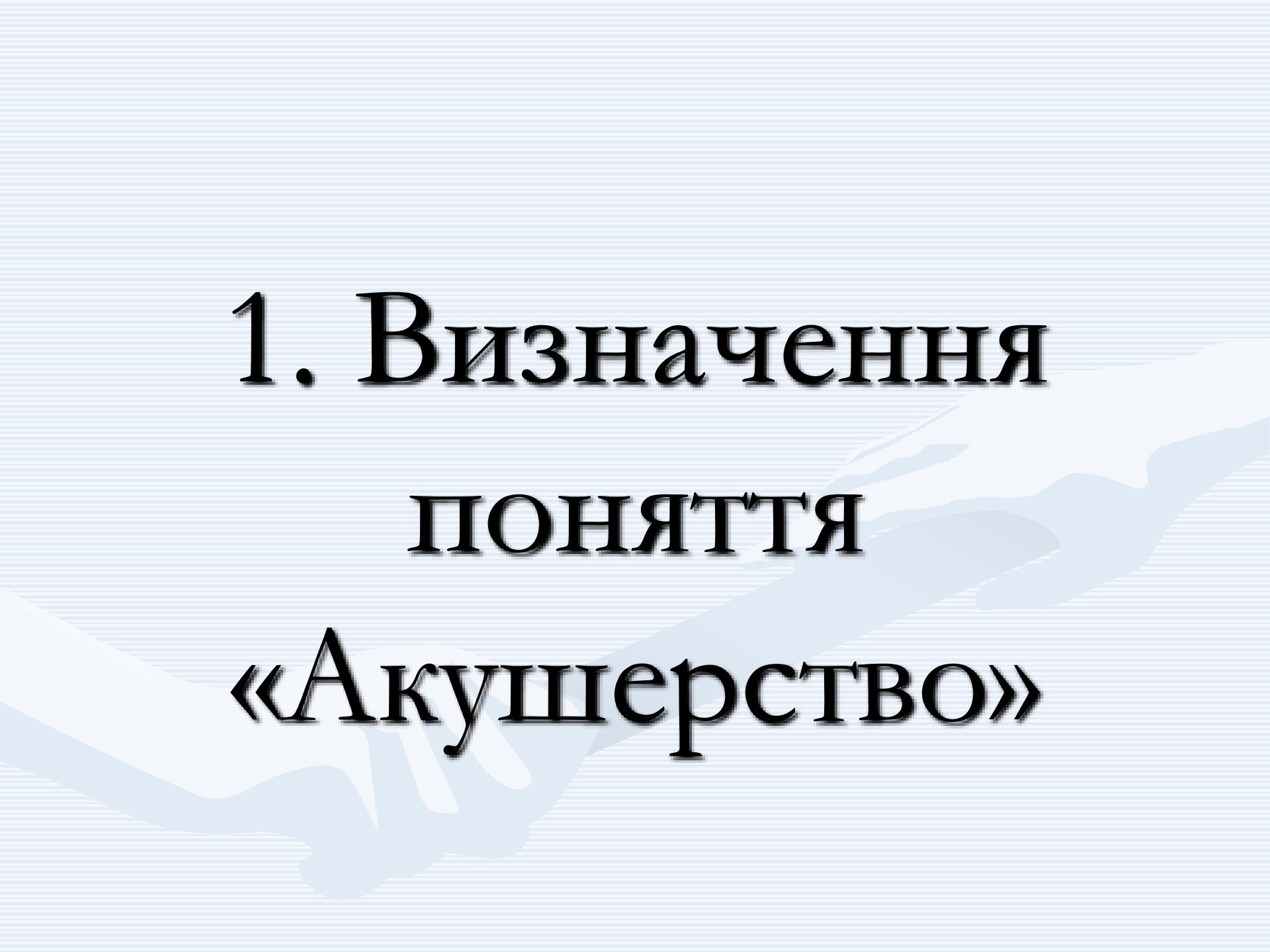
Фізіологія пологів. Знеболювання пологів.

**Кафедра акушерства та
гінекології № 1 ПДМУ**

Лектор: проф. Громова А.М.

План Лекції

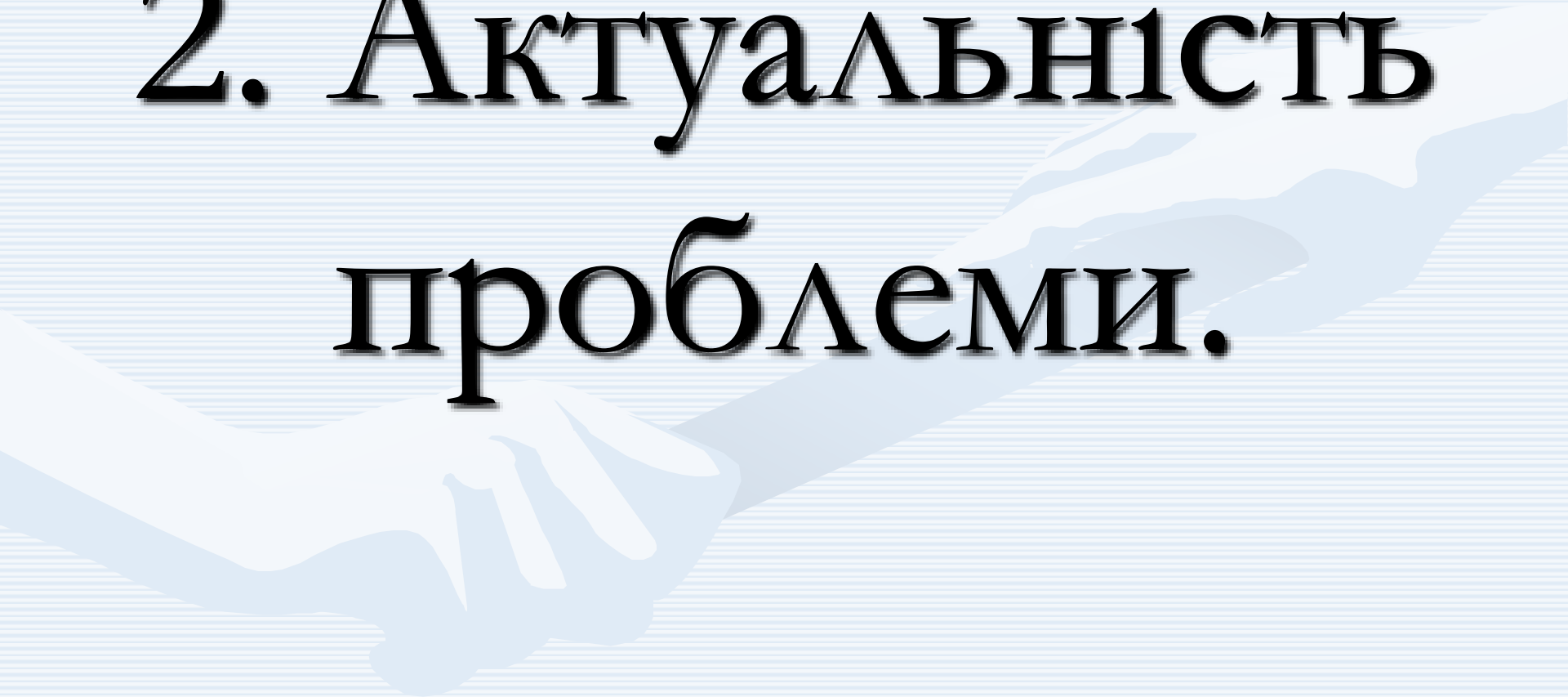
1. Визначення поняття «Акушерство»
2. Актуальність проблеми
3. Визначення поняття «Пологи»
4. Фізіологія пологової діяльності, причини її виникнення, формування домінанти пологів.
5. Визначення готовності до пологів
6. Пологи. Періоди пологів
7. Тактика ведення пологів
8. Механізм пологів
9. Раннє прикладання до грудей, «Тепловий ланцюг»
10. III період пологів. Тактика ведення.
11. Знеболювання пологів. Історія знеболення.



1. Визначення поняття «Акушерство»

Акушерство (від фр. Accoucher - народити, приймати пологи [1]) - галузь медицини, яка вивчає фізіологічні і патологічні процеси, що відбуваються в організмі жінки у зв'язку з зачаттям і вагітністю, під час пологів і післяпологовому періоді, а також розробляє методи допомоги при пологах, профілактики і лікування ускладнень вагітності та пологів, захворювань плода та новонародженого. Раніше в акушерство входив догляд за новонародженим, в даний час виділився в неонатологію.

2. Актуальність проблеми.



Кожну хвилину в світі...

- 380 жінок вагітніє
 - 190 жінок стикаються з незапланованою вагітністю
 - У 110 жінок виникають ускладнення, пов'язані з вагітністю
 - 40 жінок роблять аборти в небезпечних умовах
-
- **1 жінка помирає**

В рік помирає 500 000 жінок

Акушерство і гінекологія, як
сучасна наука, будується
сьогодні на принципах
доказової медицини з упором
на зменшення
медикаментизації і агресивних
методів розродження

3. Визначення

поняття

«Пологи»



Фізіологічні (нормальні) пологи – це
одноплідні пологи зі спонтанним
початком та прогресуванням пологової
діяльності у терміні вагітності 37-41+6
тижні у потиличному передлежанні
плода, перебіг яких відбувався без
ускладнень протягом усього періоду
пологів, при задовільному стані матері та
новонародженого після пологів.

**Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 26 січня
2022 року № 170**

4. Фізіологія пологової діяльності, причини її виникнення, формування домінанти полів.

Фактори виникнення пологів

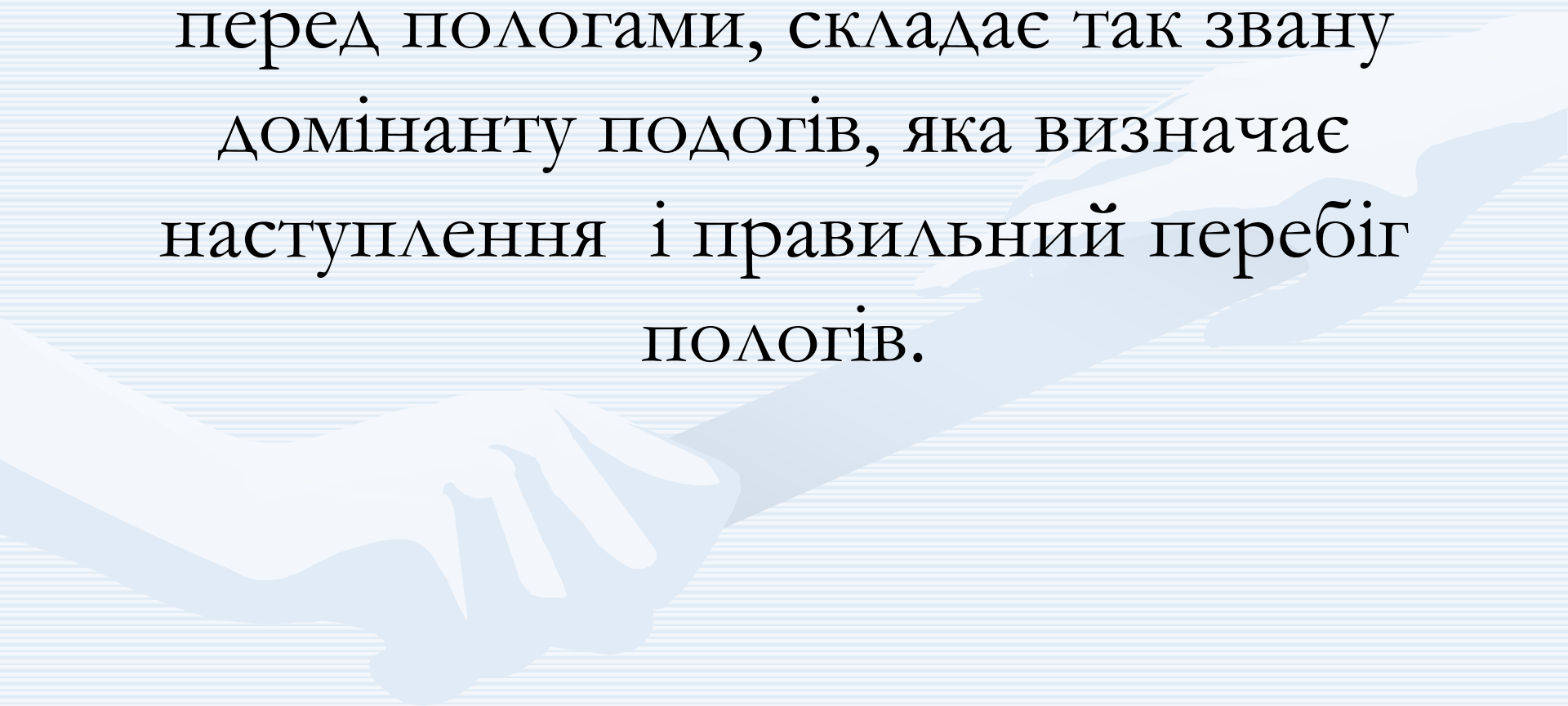
- Нервово-рефлекторні
 - Збудження в підкоркових структурах та тормозні реакції в корі головного мозку
- Гормональні
 - Естрогени - $\uparrow$ актоміозину, синтез катехоламінів, $\downarrow$ окситоцинази, формування нижнього сегменту, дозрівання шийки матки
 - Прогестерон сприяє розтягненню міометрію

Роль плода у виникненні пологів

- Сигнали, що надходять з організму зрілого плода:
- Під впливом активації гіпо-таламо-гіпофізарної системи плода перед початком пологів підвищується АКТГ, який стимулює синтез дегідроепіандростерона (ДГЕА) в надниркових залозах плода. З ДГЕА утворюється 16-ДГЕА, який надходить по судинах пуповини в плаценту і перетворюється в естріол.
- Естрогени синтезуються також безпосередньо в надниркових залозах плода і в його печінки, причому в надниркових залозах їх синтезується в 1,5-2 рази більше, ніж в плаценті.

- Окситоцин, адреналін, норадреналін, простагландини і кініни стимулюють скорочення матки.
- Серотонін, АХ, гістамін підсилюють скоротливу діяльність матки, збуджуючи серотонін-, м-холино- і гістамінорецептори.
- У клітинах міометрія знижується мембранний потенціал, збільшується їх збудливість, посилюється спонтанна активність, підвищується чутливість до контрактильних речовин.
- Йде накопичення енергетичних речовин (глікоген, фосфокреатиніна, актоміозін, глутатіон) та електролітів (кальцій, магній, натрій, калій), що забезпечують скорочення міометрію.

Весь комплекс нервових,
нейрогуморальних та ендокринних
змін, що відбуваються в організмі
перед пологами, складає так звану
домінанту подогів, яка визначає
наступлення і правильний перебіг
пологів.

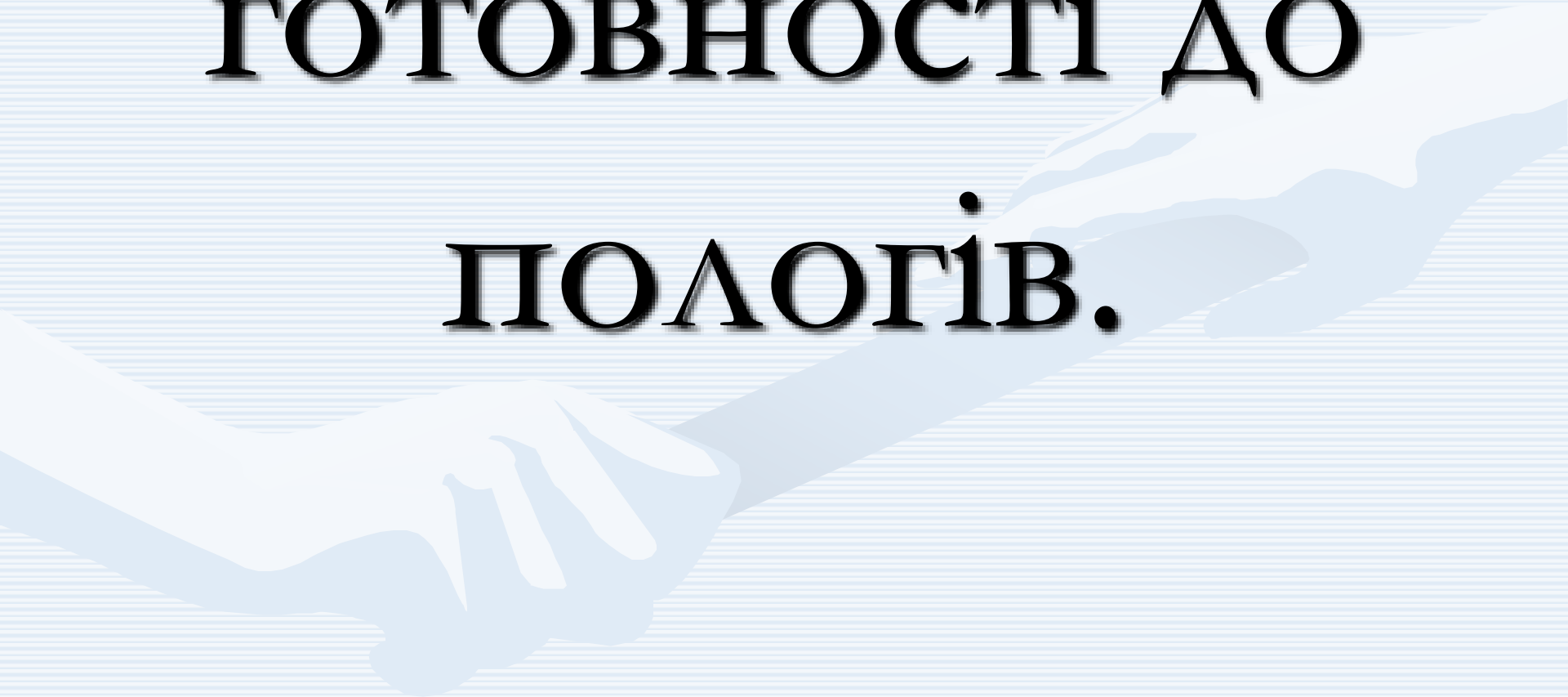


Фізіологічна активність матки

ВИЗНАЧАЄТЬСЯ

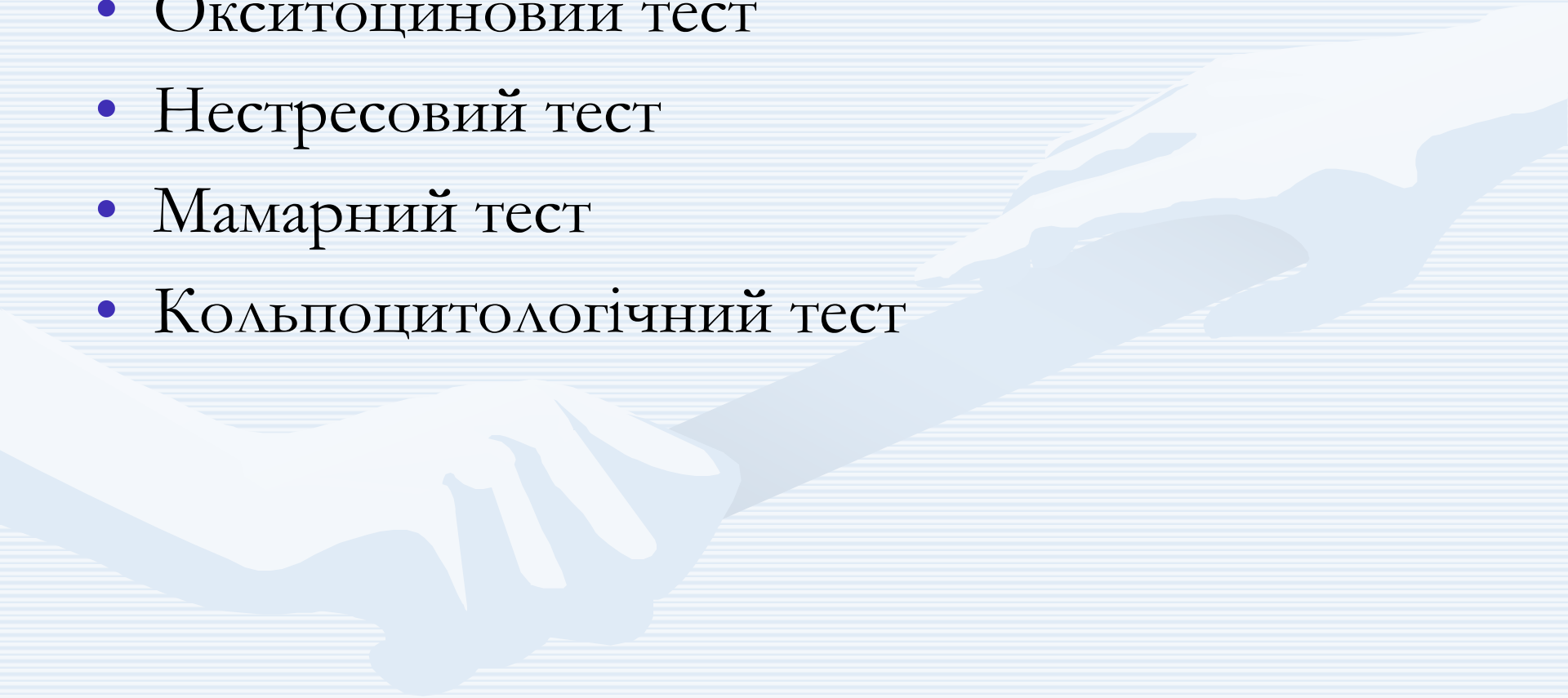
- Функціональна спроможність нервово-м'язевого апарату,
- Тонус
 - спроможність м'язів тривало підтримувати певну напругу
- Збудливість
 - властивість живої тканини відповідати на зовнішній подразник
- Провідність,
- Скоротливість:
 - Перейми – тетанічні скорочення міометрію, що настають в результаті серійних збуджень
- Контракція, ретракція, дистракція

5. Визначення ГОТОВНОСТІ ДО ПОЛОГІВ.



Біологічна готовність організму до пологів

- Пальпаторне дослідження шийки матки
- Окситоциновий тест
- Нестресовий тест
- Мамарний тест
- Кольпоцитологічний тест



Оцінка ступеня «зрілості» шийки матки
Модифікована шкала Е.Н. Bishop (J. Burnett, 2008)

Об'єкт характеристики	Бал			
	0	1	2	3
Відкриття зовнішнього вічка, см	<1	1–2	2–4	>4
Довжина шийки матки, см	>4	2–4	1–2	<1
Положення голівки плода	-3 над входом	-2 притиснута до входу в малий таз	- 1/0 малий сегмент	+1/+2 великий сегмент
Консистенція шийки матки	щільна	розм'якшена	м'яка	-(м'яка)
Положення шийки матки щодо провідної вісі тазу	зміщена до крижів	між крижами і провідною віссю тазу (центрована)	- (центрована)	- (центрована)

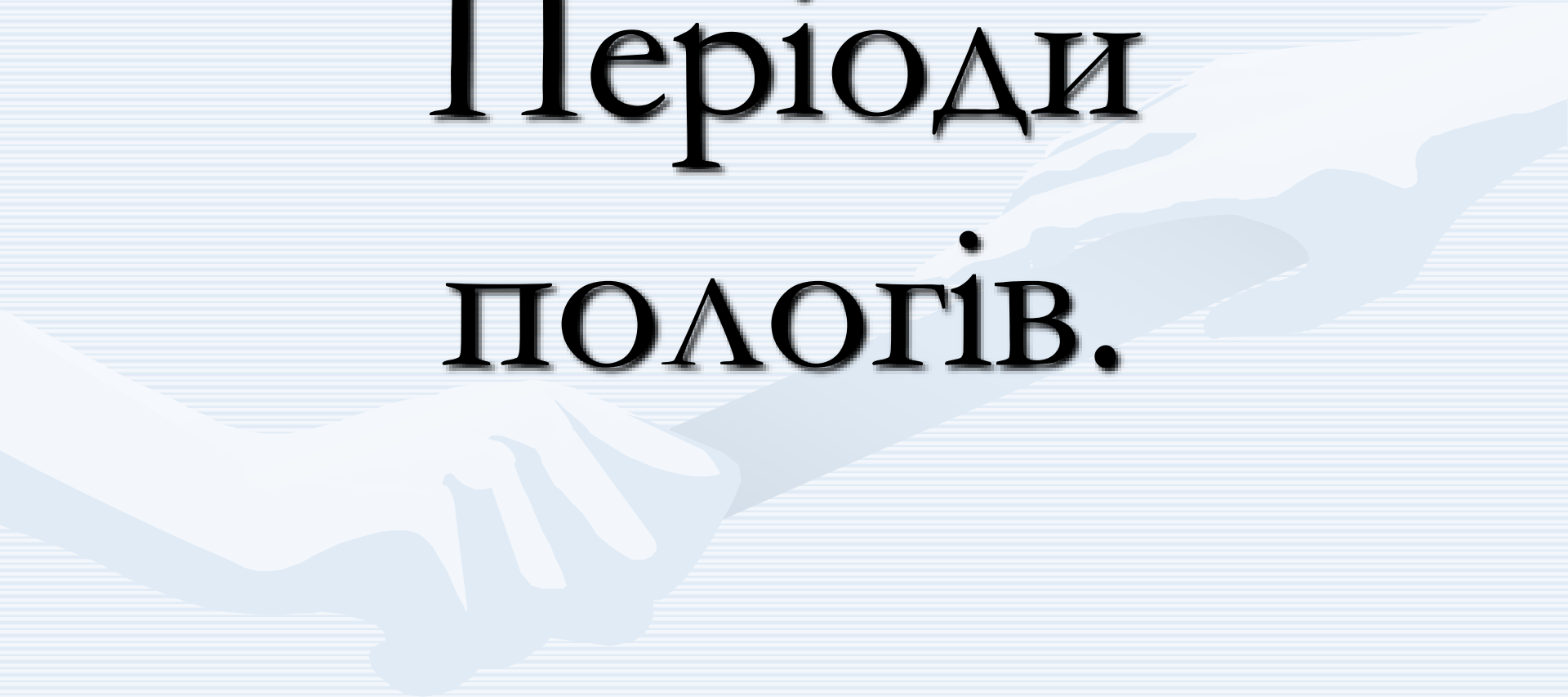
Інтерпретація бальної оцінки:

- «незріла» – 0–5 балів;
- «недостатньо зріла» – 6–7 балів;
- «зріла» – 8–13 балів.

6. Пологи.

Періоди

ПОЛОГІВ.



Протягом родового акту виділяють 3 періоди:

- I - період розкриття;
- II - період вигнання;
- III - послідовий період.

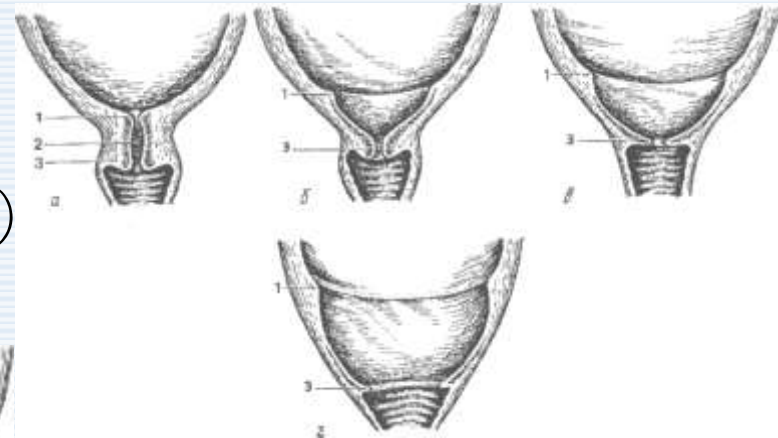
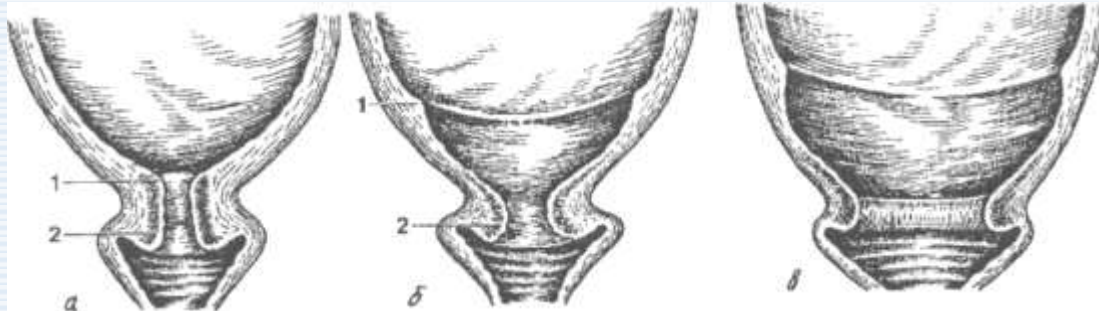
Жінка з початком пологової діяльності називається роділлею, після закінчення пологів - породіллею.

Ознаки початку пологів:

- поява регулярних маткових скорочень з частотою не менше 1 в 10 хвилин;
- згладжування і / або розкриття шийки матки;

Періоди пологів

- I період – період відкриття
 - 10-16 год (першороділлі)
 - 8-10 год (повторнонароджуючі)

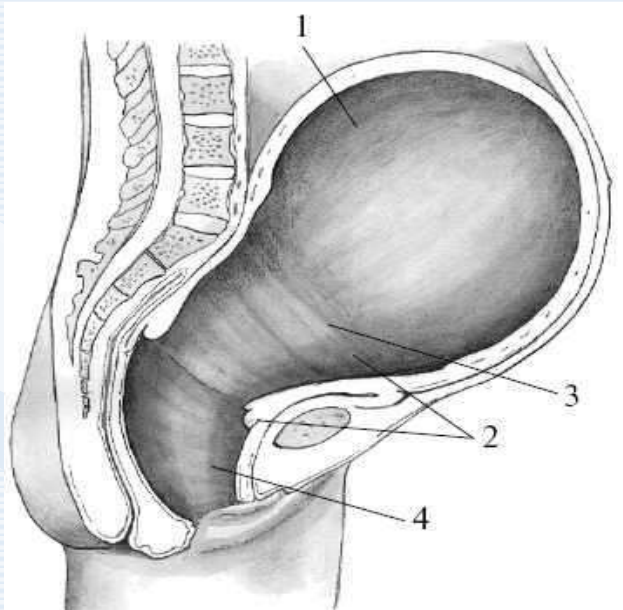


- II період – період вигнання
 - 1-2 год (першороділлі)
 - 15 хв -1 год (повторнороділлі)
- III період – послідовий
 - 10-30 хв

Визначення періоду та фази пологів

Симптоми і ознаки	Період	Фаза
Шийка не розкрита	Хибні пологи / відсутність пологової діяльності	-
Шийка розкрита менше, ніж на 3 см	Перший	Латентна
Шийка розкрита на 3-9 см Швидкість розкриття шийки матки не менше (або більше) – 1 см/год. Початок опускання голівки плода	Перший	Активна
Повне розкриття шийки матки (10 см) Голівка плода у порожнині таза Немає позивів до потуг	Другий	Рання
Повне розкриття шийки (10 см) Передлегла частина плода досягає дна таза Роділля починає тужитись	Другий	Пізня (потужна)
Третій період пологів починається з моменту народження дитини і закінчується вигнанням посліду	Третій	-

- Під час пологів завдяки скороченню поздовжньо розташованих м'язів матки і розслаблення циркулярних м'язів відбувається розтягнення нижнього сегмента матки і ділянки внутрішнього вічка шийки матки.
- Верхня частина шийного каналу поступово воронкоподібно розширюється, і туди під час перейм спрямовується плодовий міхур (нижній полюс плодових оболонок з частиною навколоплідних вод, що знаходяться в них).
- Подразнюючи нервові закінчення в області внутрішнього вічка, він сприяє посиленню перейм.



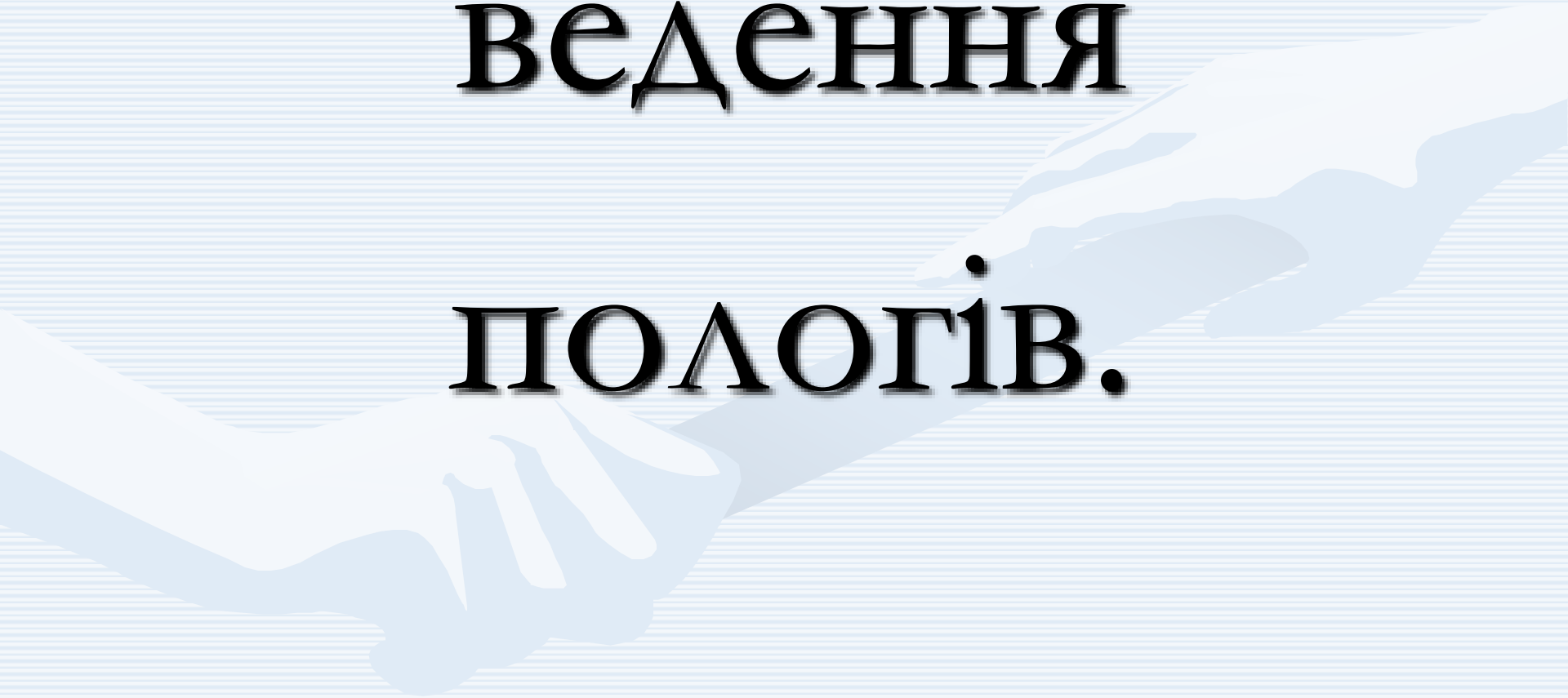
Будова матки під час пологів.

1 - тіло матки; 2 - нижній сегмент;
3 - контракційне кільце; 4 - піхва

Критерії оцінки характеру родової діяльності (токографічно)

	гіподинамі ка	норма	Гіпердинаміка
Частота за 10 хв	< 2	2-5	>5
Інтенсивність	<30 мм.рт.ст.	30-50 мм.рт.ст	> 50 мм.рт.ст
Тривалість	< 50 сек	60-100 сек	>100 сек
аритмічність	3 >	1-2	< 1

7. Тактика ведення ПОЛОГІВ.



Тактика ведення пологів

- Первісна оцінка стану роділлі: вислуховування показань роділлі, визначення її емоційних і психічних потреб, і огляд її медичної карти;
- Фізичне обстеження роділлі (температура, пульс, артеріальний тиск, тривалість, сила і частота перейм);
- Визначення висоти стояння дна матки, окружності живота, положення плоду в матці і передлежання плоду;
- Визначення характеру вагінальних виділень (кров'янисті виділення, амніотична рідина);
- Оцінка болю, який відчуває роділля, включаючи її бажання застосувати один з методів знеболення. Допомогти породіллі впоратися з больовими відчуттями - одна з основних задач медичного персоналу під час пологів.

Пологи веде лікар,
акушерка виконує
призначення лікаря,
стежить за станом
жінки і плоду,
під наглядом лікаря
робить ручну
допомогу при народженні
плода; здійснює
догляд за новонародженим.



Кратність проведення лікувально-діагностичних заходів в І періоді пологів.

	Кратність	Примітка
Скарги, загальний стан	2 години	
Пульс. АТ	2 години	
Температура тіла	4 години	
Оцінка сечовипускання	4 години	При відсутності - катетеризація
Пологова діяльність	2 години	
Розташування голівки	2 години	Зовнішніми прийомами
Аускультация ЧСС плоду	Кожні 30 хвилин – латентна фаза, кожні 15 хвилин – активна фаза	Протягом 60 сек після перейми

Піхвове дослідження

Виконують в таких ситуаціях:

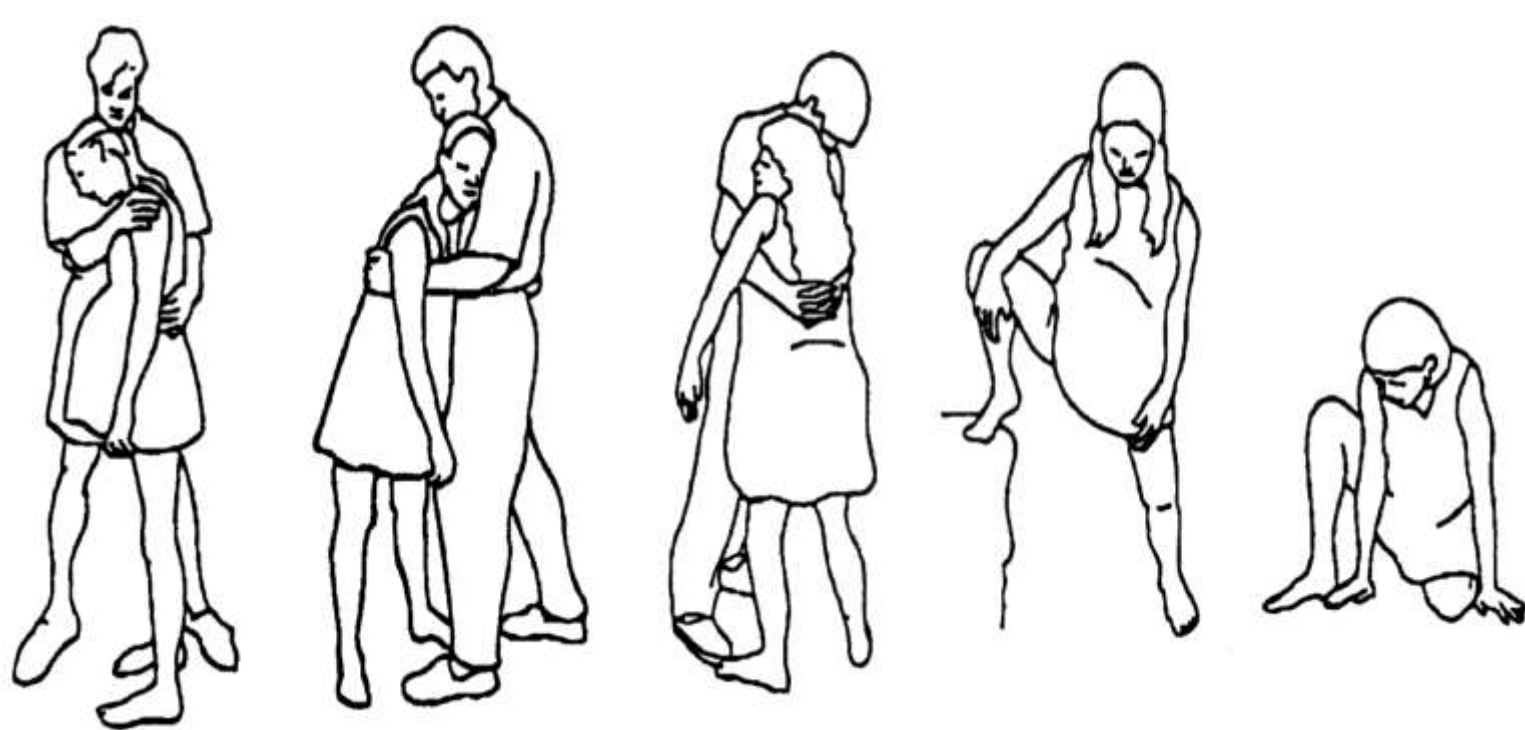
- При надходженні в стаціонар
- При розвитку родової діяльності:
- Для оцінки ступеня відкриття шийки матки в динаміці пологів (1 раз в 4 години)
- Для визначення характеру вставлення і просування голівки плоду
- При спонтанному розриві плідних оболонок
- Перед проведенням знеболення
- При відхиленні від нормального перебігу пологів (погіршення стану роділлі, кров'яні виділення зі статевих шляхів, меконіального домішка в навколоплідних водах, зміни серцебиття плода (менше 110 або більше 170 ударів за хв.), випадіння пуповини, підозра на неправильне передлежання/вставлення голівки плода слабка або надмірно бурхлива пологова діяльність та ін.)

Вислуховування серцебиття

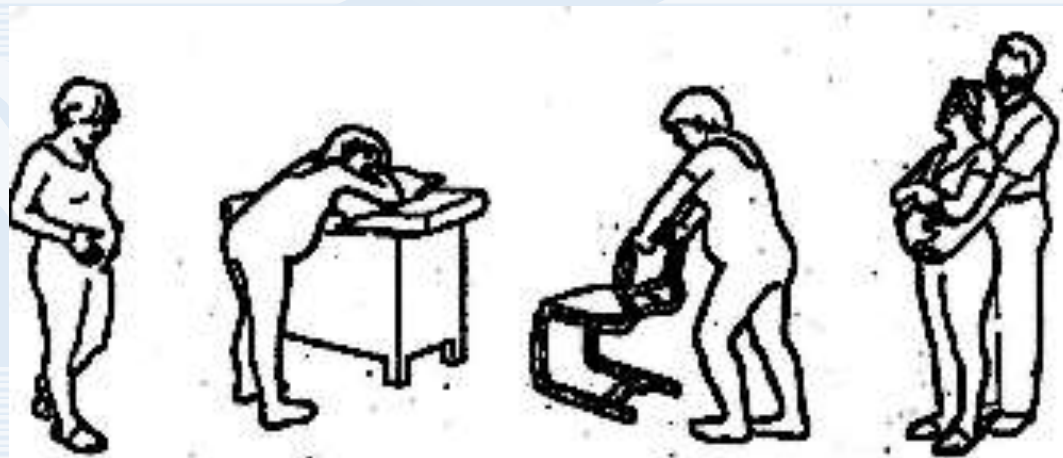
плода (норма - 110-170 уд / хв);

У перший період пологів кожні 30 хвилин – у латентній фазі,
кожні 15 хвилин – у активній фазі.



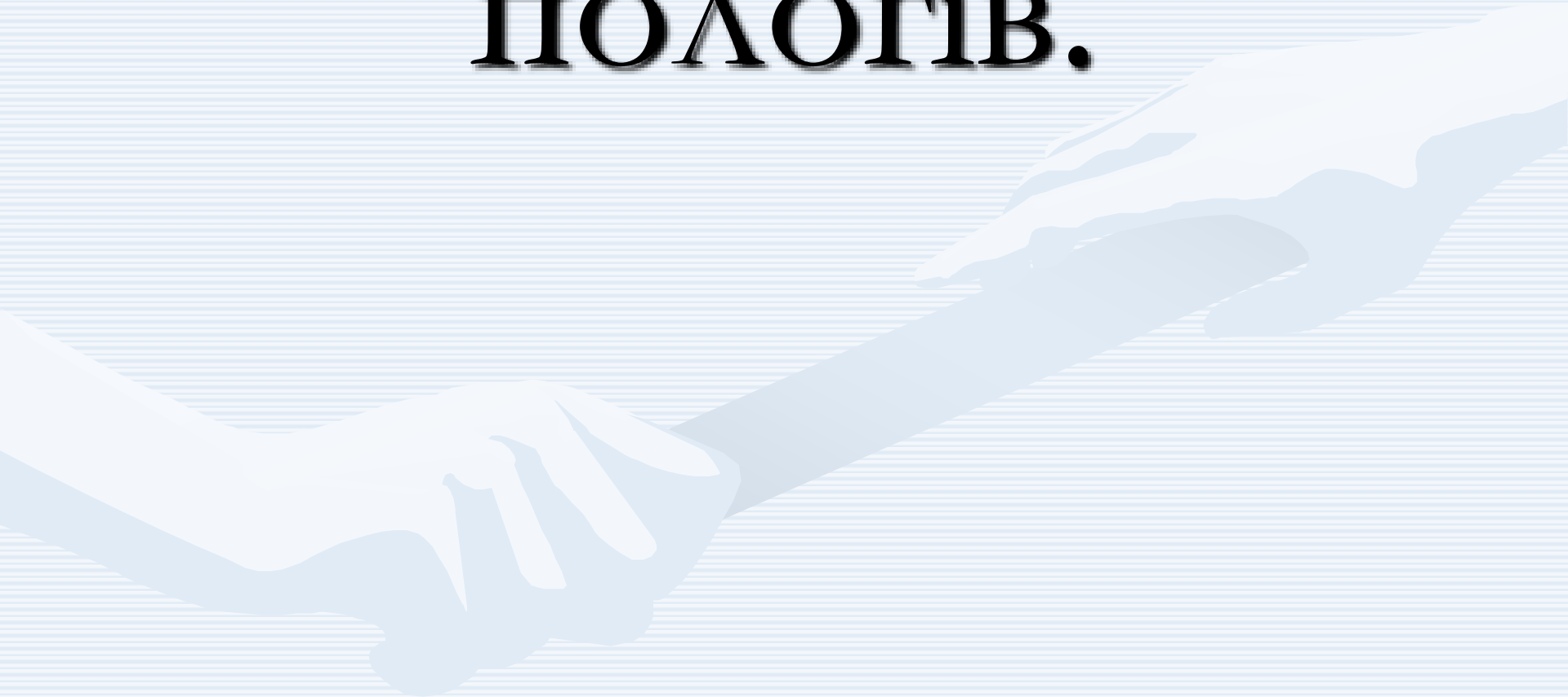


Вільні позиції в пологах



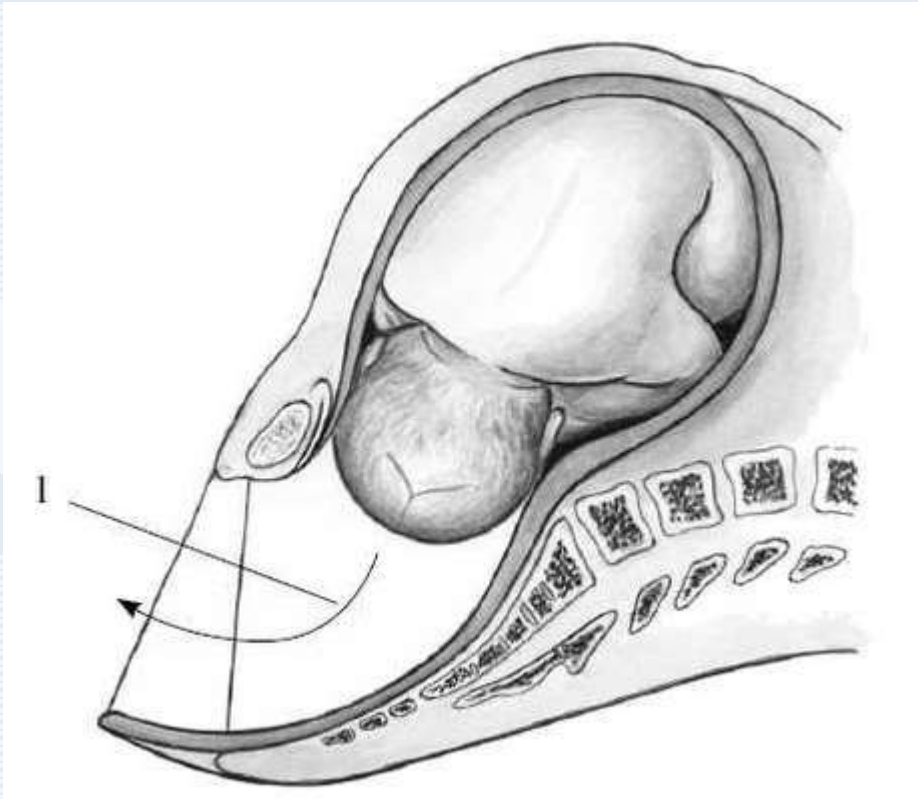


8. Механізм ПОЛОГІВ.



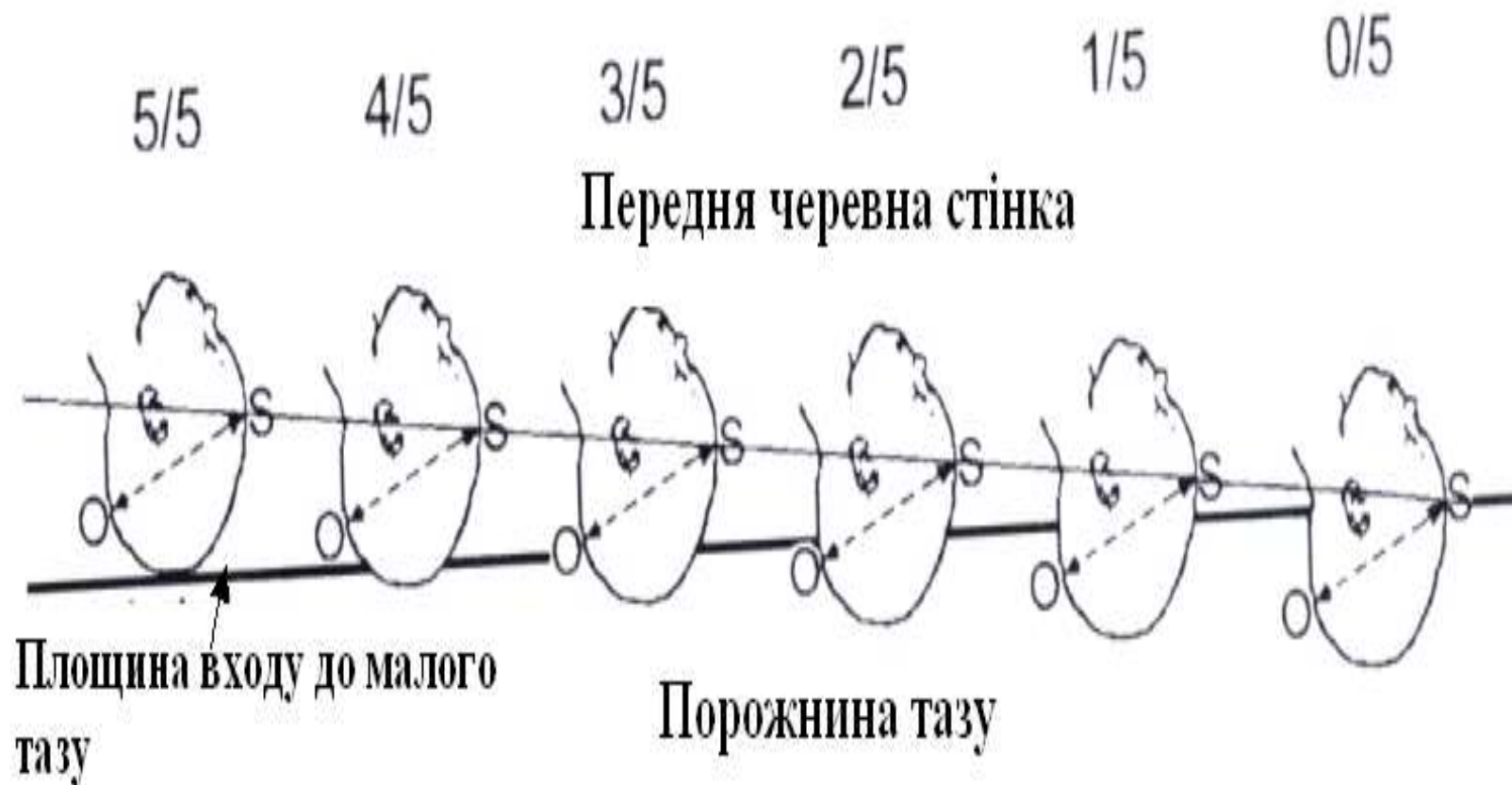
Механізм пологів

сукупність рухів, що здійснюються плодом при проходженні через родовий канал. В результаті цих рухів головка прагне пройти через великі розміри таза найменшими своїми розмірами



1 - провідна вісь тазу, по якій проходить голівка малим розміром

Динаміка просування голівки

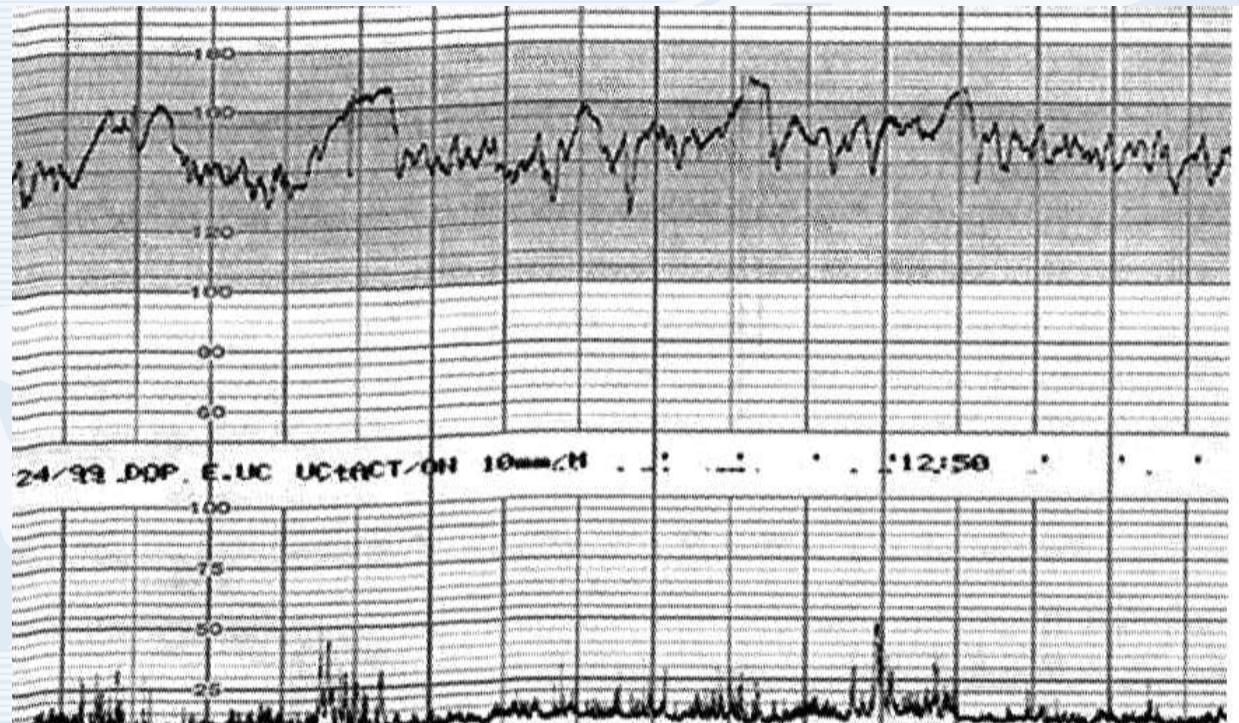


Просування плода прийнято відносити до площин малого таза

- площа входу в таз;
- площа широкої частини порожнини малого тазу;
- площа вузької частини порожнини малого тазу;
- площа виходу тазу.

Кардіотокографія

- Базальна частота серцебиття
- Варіабельність ритму (амплітуда і частота осциляцій)
- Акцелерації
- Децелерації



II період пологів

- Рання фаза
- Пізня (потужна) фаза :

**врізування голівки,
прорізування голівки**



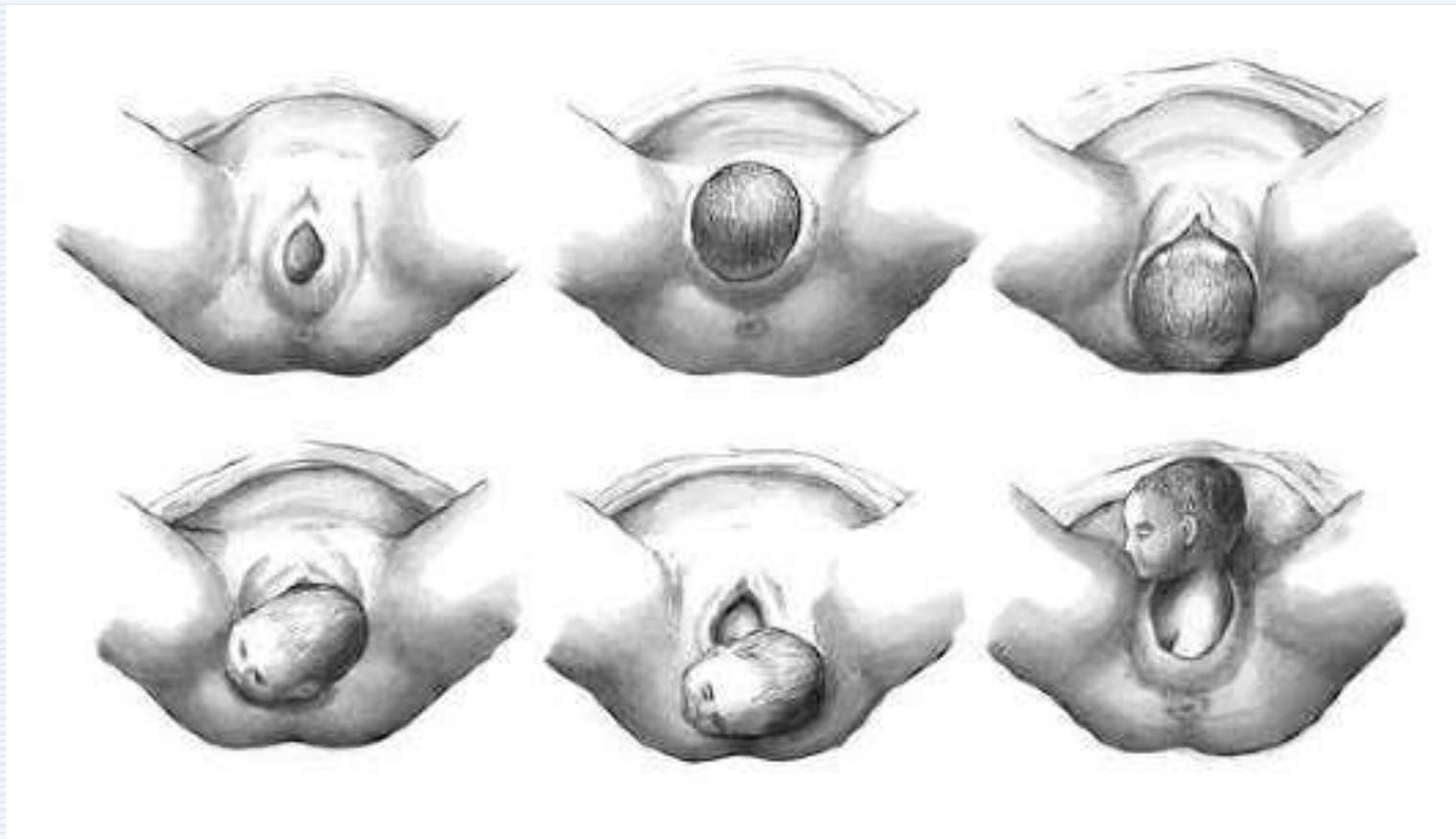
Народження дитини

Перебіг пологів в періоді вигнання (Другий період пологів)

Після повного відкриття шийки матки і виливання навколоплідних вод родова діяльність посилюється. На вершині кожної перейми до скорочень матки приєднуються потуги

- рефлекторні скорочення поперечно-смугастої мускулатури черевного преса, діафрагми, тазового дна.

По мірі просування, голівка тисне на нервові крижові сплетення, викликаючи непереборне бажання тужитися і виштовхнути голівку з родових шляхів.



- А - врізування голівки;
- Б - прорізування голівки;
- В - народження голівки (звернена личком дозаду);
- Г - зовнішній поворот голівки личком до правого стегна матері;
- Д - народження переднього плічка;
- Е - народження заднього плічка.

Кратність проведення лікувально-діагностичних заходів у II періоді пологів

	Кратність на початку II періоду	Кратність під час потуг
Загальний стан, скарги	15 хв	Постійно
Пульс, АТ	Вимірювання артеріального тиску, підрахунок пульсу – кожні 15 хвилин	
Оцінка сечовипускання	Однократно	Однократно
Пологова діяльність	30 хв	15 хв
Розташування голоїки (зовнішніми прийомами або вагінальним дослідженням)	на початку II періоду, через 1 год	з початком потуг далі через кожні 15 хв
Аускультация плоду	Кожні 5 хв у ранню фазу 2 періоду та після кожної потуги у активну фазу	

9. Раннє прикладання до грудей, «Тепловий ланцюг».

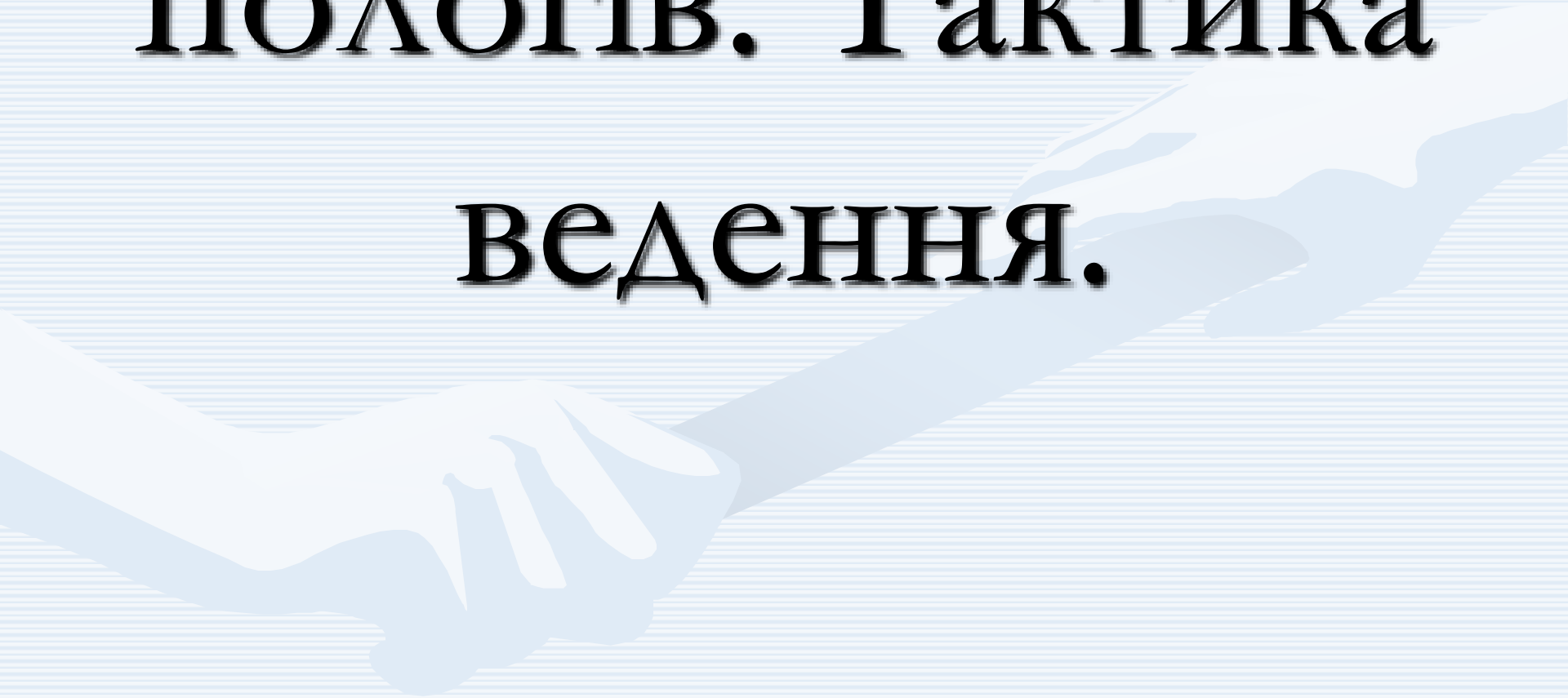
Раннє прикладання до груді



Основні принципи дотримання «теплого ланцюжка»:

- Поверхні, на які викладають дитину, повинні бути чистими і теплими;
- Після народження негайно обсушити тіло дитини;
- Забезпечити ранній контакт «шкіра-до-шкірі» новонародженого і матері - тривалість контакту не менше 2-х годин;
- Дитина повинна бути обсушеною, укритою теплою сухою пелюшкою і / або ковдрою, на голові у дитини повинна бути надіта шапочка;
- Прикласти дитину до материнських грудей;
- Укрити матір і дитину однією ковдрою;
- Зважування та антропометрію дитини необхідно проводити після здійснення контакту «шкіра-до-шкіри» перед переведенням в палату спільного перебування.;
- З метою контролю дотримання заходів теплового ланцюжка перше вимірювання температури тіла новонародженого здійснюється через 30 хвилин після народження в аксілярній ділянці електронним термометром.

10. III період пологів. Тактика ведення.



Третій період пологів – послідовий період

Послідовий період починається з моменту народження дитини і закінчується вигнанням посліду.



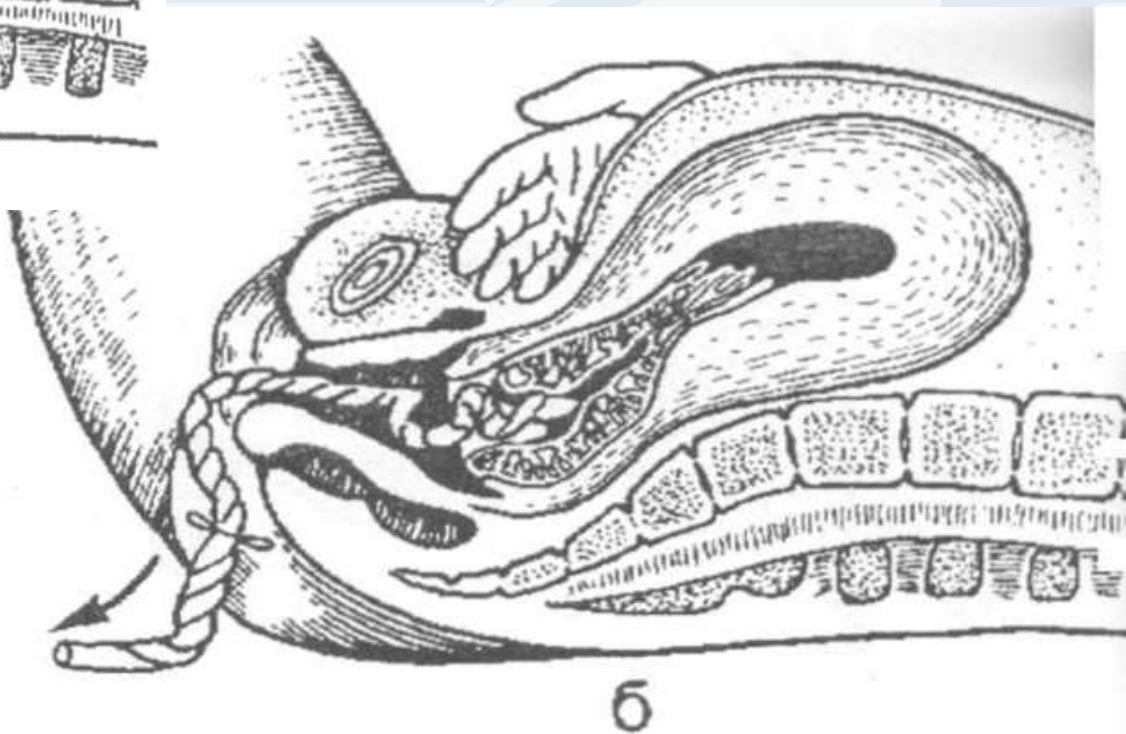
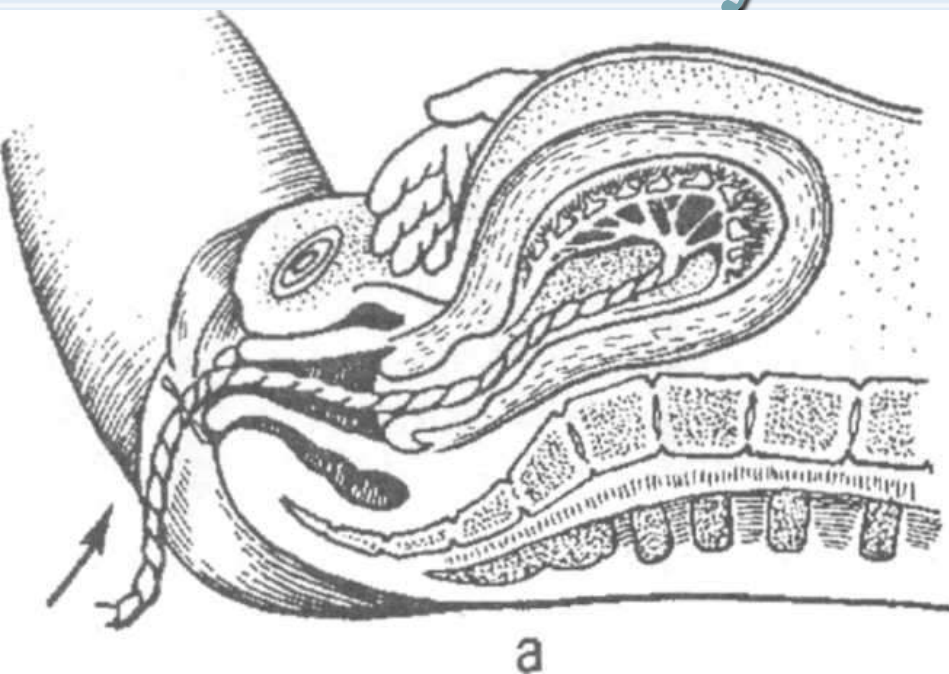
Ознаки відокремлення плаценти:

- Зміна форми і висоти стояння дна матки (ознака Шредера). Після народження плода форма матки округла, дно - на рівні пупка. Після відділення плаценти, дно матки піднімається вище пупка
- Подовження зовнішнього відрізка пуповини (ознака Альфельда). Плацента, що відшарувалася опускається в нижній сегмент матки або в піхву. Лігатура на пуповині у статевої щілини опускається на 10 - 12 см.
- Поява випинання над симфізом. Плацента, що відокремилася опускається в тонкостінний нижній сегмент матки і утворює випинання над симфізом.
- Позив на потугу. Плацента, що відокремилася опускається в піхву, з'являється позив на потугу (ознака Микуліча).
- Подовження пуповини при напруженні роділля. (Ознака Клейна).
- Ознака Кюстнера - Чукалова. При натисканні ребром долоні на надлобкову ділянку, пуповина при плаценті, що невідокремилася втягується, при плаценті, що відокремилася пуповина не втягується.

2 тактики ведення послідовного періоду



Очікувана тактика



Активне ведення 3 періоду пологів

- Пропальпувати матку для виключення наявності в ній другого плоду, за його відсутності ввести окситоцин – 10ОД в / м в область стегна протягом 1-ї хвилини після народження дитини.
- Провести контрольовану тракцію пуповини.
- Перетиснути пуповину ближче до промежини затискачем Кохера і тримати пуповину, яка перетиснута і кінці затискача однією рукою.
- Іншу руку покласти над лобковою ділянкою жінки і утримуйте матку, відводячи її від лона під час контрольованого потягування за пуповину. Це дозволить уникнути вивороту матки.
- При народженні тримати послід обома руками, обережно повертаючи його, поки не народяться плодові оболонки.
- Уважно оглянути плаценту, щоб упевнитися в її цілісності.
- Після народження посліду провести оцінку тонусу матки і проведіть масаж через передню черевну стінку жінки до появи скорочень матки.
- Перевіряти тонус матки кожні 15 хвилин протягом перших 2-х годин

Показання для огляду шийки матки в дзеркалах

Огляд нижніх відділів пологових шляхів обережно проводять після пологів за допомогою тампонів. Показанням до огляду за допомогою вагінальних дзеркал є наявність кровотечі, оперативних вагінальних пологів, стрімких пологів або пологів поза закладом охорони здоров'я.

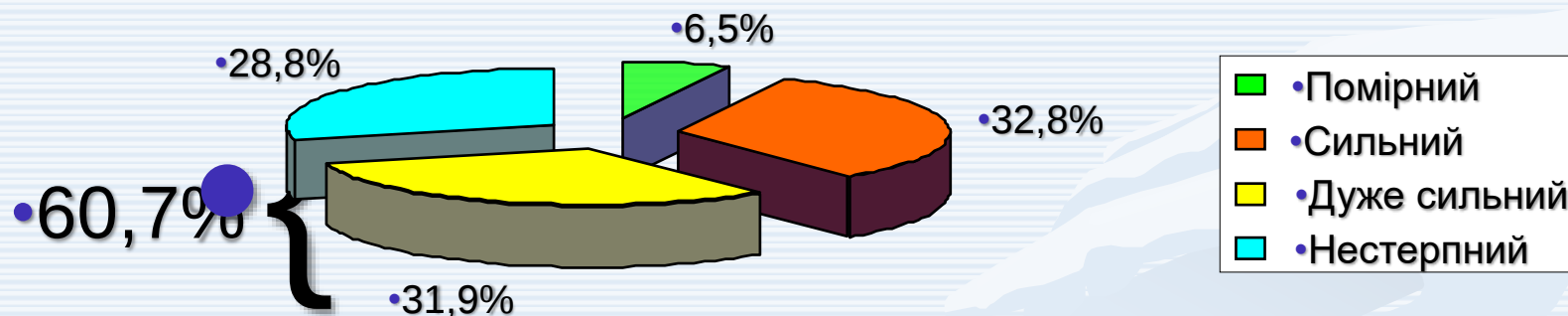
11.Знеболювання пологів. Історія знеболювання пологів.

- И сказал Господь Бог: *«Умножая умножу скорбь твою в беременности твоей; в болезни будешь рождать детей»*.
Библейская книга Бытия 3:16



D. Scultetus. «Armamentarium Chirurgicum»,
1665, p. 156—157

- **Структура болювого синдрому у роділь у першому періоді пологів.**



- ВАШ: першонароджувані - $77,0 \pm 13,5$ мм,
- повторнонароджувані - $77,8 \pm 11,2$ мм
($p > 0,05$)

- (Ткаченко Р.А., 2007)

Результати дії стресу і пологового болю



Нейроендокрина реакція

- ↑ споживання кисню
- ↑ метаболізму углеводів

Симпатоадреналова відповідь

- ↑ Катехоламіни → Спазм судин МПК

- ↑ Робота серця,

- ↓ споживання O_2 міокардом

Порушення ΔO_2
плоду

ВУ гіпоксія плода

Ацидоз

Погіршення дихання

- Гіпервентиляція → Гіпокапнія

**Всі ці стресові реакції
можуть бути послаблені
та навіть повністю зняті
адекватним знеболенням**



• Джеймс Янг Сімпсон (James Yuong Simpson, 1811–1870)



19 січня 1847 г.
в Единбурзі вперше
застосував
для знеболення пологів

ефір

8 листопада 1847 г.
вперше застосував
для знеболення пологів

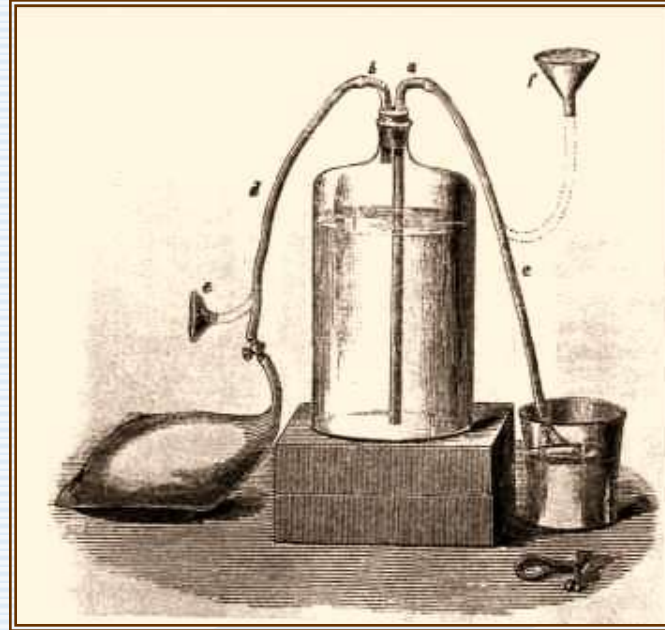
хлороформ



«Це наш обов'язок, а також наш привілей
використовувати всі розумні засоби з
метою зменшення або припинення
фізичних страждань матері в пологах»

• *Sir James Young Simpson,
(1811–1870)*

- 1880 г. – перше застосування закису азота в акушерстві



- Військовий лікар
Станислав Сигизмунд
Кликович
(1853–1910)

Перше знеболення пологів методом спинномозкової аналгезії



Aufsichtskommission.

Herr J. Sarasin-Schlumberger, Präsident.

- » Fritz Amstein.
- » Dr. med. Rudolf Oeri-Sarasin.
- » Heinrich Besson-von Schmid.
- » Vacat.

Herr Professor Dr. Ernst Bumm, Direktor.

- » Dr. E. Wormser, I. Assistenzarzt.
- » Dr. O. Kreis, II.
- » Dr. J. J. A. Bischoff, Poliklinik-Arzt.

Herr Gust. Adolf Meyer-Senn, Verwalter.

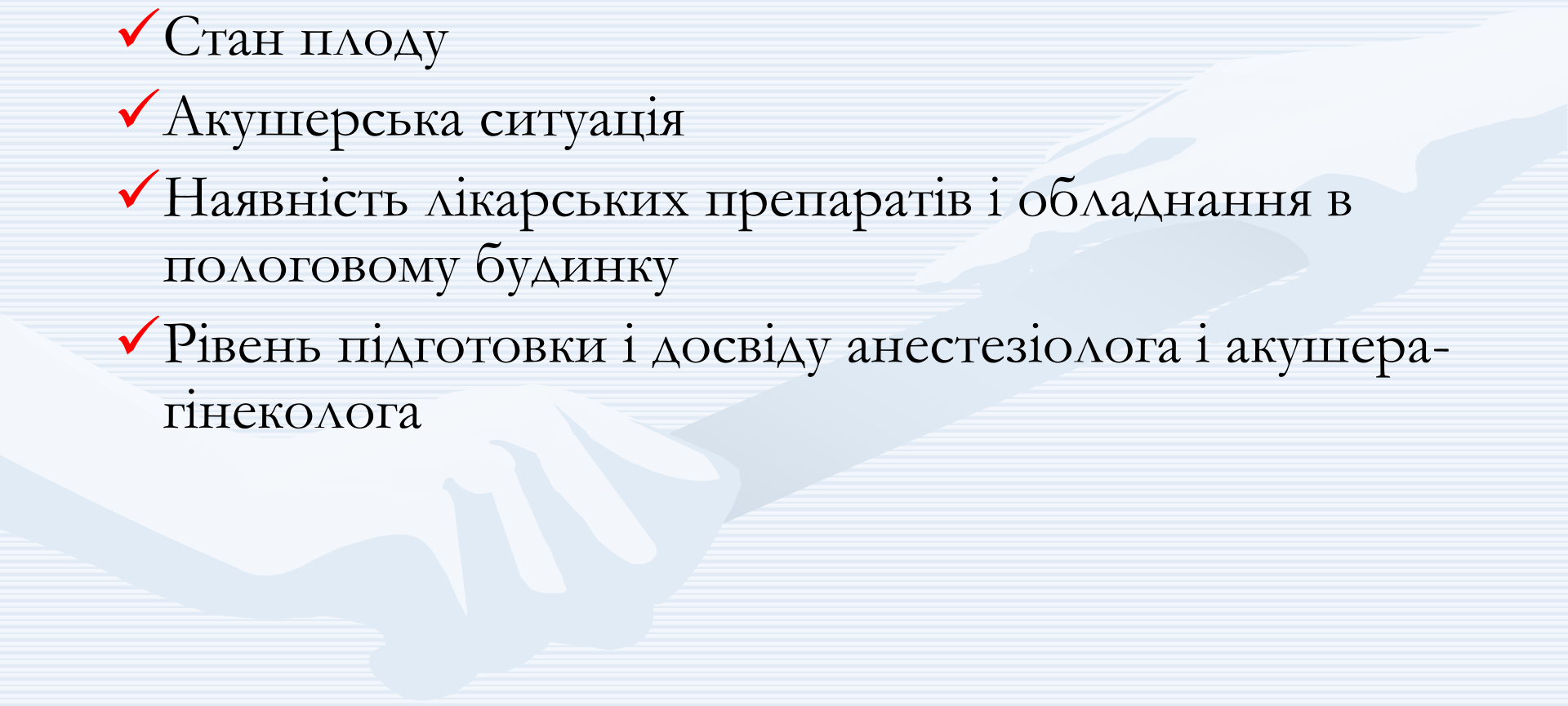
- Швейцарський акушер
- Оскар Крайс (Oskar Kreis, 1872–1958)

Розвиток сильних больових відчуттів під час пологів прогнозовано в наступних випадках :

- дисменорея,
- болісні менструації до пологів,
- при народженні крупної дитини,
- при перших пологах,
- довгостроково протікаючих пологах,
- передчасних пологах,
- застосуванні окситоцину під час пологів,
- після вилиття навколоплідних вод, при недостатній підготовці роділлі до пологів.

(Moore J., 2003)

Критерії вибору оптимального методу знеболення пологів

- ✓ Фізіологічний і психологічний статус вагітної, включаючи її переваги
 - ✓ Стан плоду
 - ✓ Акушерська ситуація
 - ✓ Наявність лікарських препаратів і обладнання в пологовому будинку
 - ✓ Рівень підготовки і досвіду анестезіолога і акушера-гінеколога
- 

Знеболення пологів



- Психопрофілактика (6 занять)
- Медикаментозні (неопіїдна, опіїдна, інгаляційна та регіонарна)



Поглажування та масаж



Метою масажу є
покращення
самопочуття жінки і
зменшення болю та
розслаблення

Використання води (ванн, душу), аромотерапії



Нефармакологічні методи знеболювання пологів

- ✓ Концепція «природних пологів»
- ✓ Психопрофілактична підготовка (Ф. Ламаз)
- ✓ Метод біологічного зворотного зв'язку
- ✓ Психосоціальна підтримка
- ✓ Пологи у воді
- ✓ гіпноз
- ✓ Акупунктура
- ✓ Черезшкірна електронейростимуляція
- ✓ Внутрішньошкірні ін'єкції стерильною водою



При виборі виду анестезії та медикаментозних засобів для знеболювання родової діяльності лікар повинен виходити з таких положень:

- застосовувані засоби повинні мати, в основному, анагетичну дію без вираженого наркотичного ефекту;
- застосовувані методи знеболювання не повинні пригнічувати родову діяльність і надавати негативну дію на плід і новонародженого;
- метод повинен бути легко керованим і доступний в будь-яких умовах;
- застосовувані препарати повинні володіти низькою токсичністю і низькою проникністю через плаценту.

Знеболення в пологах можна проводити за наявності таких умов:

1. Відсутності ефекту від психопрофілактичної підготовки;
2. Усталеною родовою домінантєю і розвитку регулярних перейм;
3. При відкритті шийки матки не менше 3 - 4 см.
4. При відсутності протипоказань до знеболення (внутрішньоутробна гіпоксія плода, його поперечне положення, загроза розриву матки і передлежання плаценти);
5. При наявності сучасної апаратури моніторингу за станом породіллі і плоду.

Немає жодного анальгетика, седативного засобу
або місцевого анестетика, які не проникали б
через плаценту, не впливаючи в тій чи іншій мірі
на плід



Сугестивна аналгезія

Найпопулярніший і найменш ефективний серед медикаментозних методів.

- Для знеболення застосовують три групи спазмолітиків:

- ✓ нейротропні (атропін, скополамін),
- ✓ міотропні (папаверин, дротаверин (но-шпа))
- ✓ нейроміотропні: (баралгін, БАРАЛГЕТАС).

НПЗП : - метамізол натрія,
- кеторолака трометамін,
- диклофенак натрія.

NB! Часте застосування препаратів для сугестивної аналгезії (інтервал введення менше 3 год.) може супроводжуватися порушенням скорочувальної здатності матки і гіпокоагуляцією.

Застосування опіатів у вагітних

Препарат	ІПП	Ефект	Застосування
Меперідин (промедол)	80-90%	Депресія ЦНС і дихання у новонародженого	Можливо За 3 – 4 год. до пологів
Морфін	85%	Пригнічення дихання у новонародженого	Дуже обережно за 6-8 год. до пологів
Фентаніл	80%	Ригідність грудної клітини, бронхіолоспазм Сповільнення ЧСС плода	Застосовується
Бутарфанол	70%	Сонливість, головокружіння Сповільнення ЧСС плода	Застосовується

Недоліки застосування наркотичних анальгетиків для знеболювання пологів

- ✓ Досягається тільки зниження інтенсивності болю, але не повне його припинення
- ✓ Пригнічення дихання у матері і плоду
- ✓ Ортостатична артеріальна гіпотонія внаслідок периферичної вазодилатації
- ✓ Нудота і блювання
- ✓ Зниження моторики шлунково-кишкового тракту
- ✓ Виражена седативна дія
- ✓ Дисфорія і ейфорія



Побічні ефекти наркотичних анальгетиків для плода

- ✓ Втрачається варіабельність серцебиття плода («монотонна» кардіотокограмма) => труднощі в діагностиці станів плода (наприклад, гіпоксії)
- ✓ Пригнічення дихання у новонародженого
- ✓ Пригнічення ЦНС новонародженого (до 72 год)
- ✓ Менша ймовірність успішного початку вигодовування



Інгаляційна аналгезія



Недоліки аутоанальгезії N₂O

- ✓ Ефективна тільки у 30-50% породіль
- ✓ При збільшенні концентрації N₂O вище 50% => зростання седативного ефекту і зниження оксигенації => втрата свідомості і захисних гортанних рефлексів
- ✓ Небажана для хворих на бронхіальну астму => провокує бронхоспазм
- ✓ Вимагає значної концентрації уваги пацієнтки, її чоловіка і персоналу
- ✓ Протипоказана при наявній у плода тенденції до гіпоксії



Показана пацієнткам з груп низького ризику і таким, що відмовився від регіонарного знеболювання

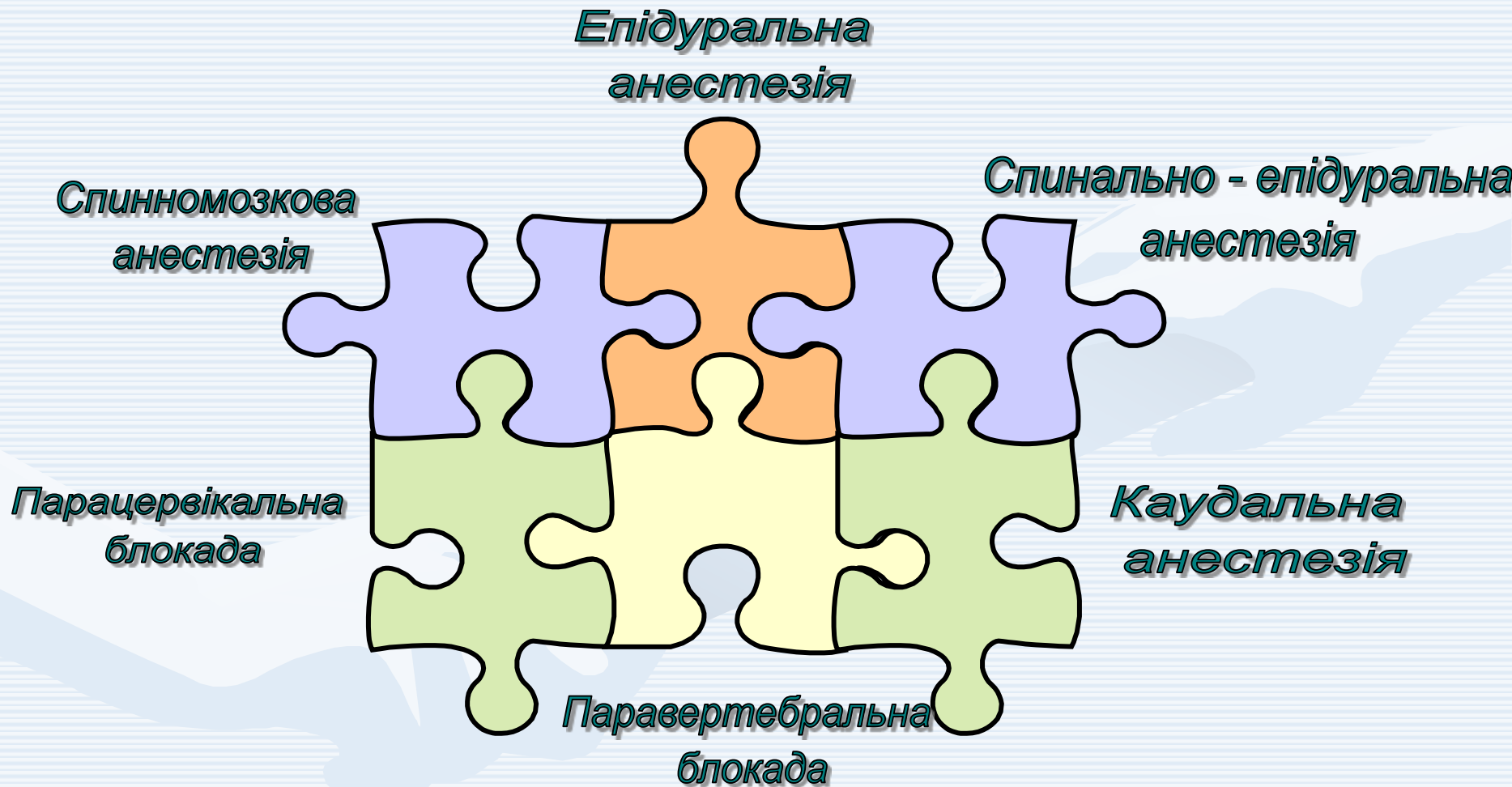
«Немає нічого більш
витонченого в хірургії, ніж
регіонарна анестезія»

С.С.Юдін

• РЕГІОНАРНА АНЕСТЕЗІЯ



- **Методи регіонарної аналгезії пологів**



ЕДА – «Золотий стандарт» знеболювання пологів

Энкін М., Кейрс М., Нейлсон Дж. і соавт. Руководство по эффективной помощи при вагитности та народженні дитини. Переклад з англ. під ред. А.В. Михайлова. // СП-б: «Петрополис», 2003. – 480 с

«Регіонарна аналгезія є найбільш ефективним методом знеболювання родової діяльності, так як дозволяє варіювати ступінь знеболювання, може тривати до кінця пологів і може бути проведена з мінімальним впливом на стан плода та роділлі»

Casins M.J. Br. J. Anaesth 76:568-584, 1994

ЕДА показана:

- для знеболювання пологів, при відсутності ефективності інших методів знеболення;
- при діскордінованій пологовій діяльності;
- пологах в сідничному передлежанні;
- у породіль з гестозом і вираженою артеріальною гіпертензією;
- у породіль із супутньою екстрагенітальною патологією;
- під час пологів при багатоплідній вагітності;
- при передбачуваній операції кесаревого розтину.

Абсолютні протипоказання до ЕДА:

- Відсутність кваліфікованого анестезіологічного персоналу і обладнання для постійного моніторингу за станом пацієнтки
- Гнійничкові ураження шкіри в місці пункції.
- Наявність септичного вогнища і генералізованої інфекції у породіллі.
- Порушення згортання і лікування антикоагулянтами.
- Гіповолемічний шок.
- Виражені анатомічні аномалії хребетного стовпа

Частота летальних випадків при загальній анестезії в 17 разів більше, ніж при регіонарних методах знеболювання операції кесаревого розтину



• *Hawkins J. L., Koonin L. M., Palmer S. K., Gibbs C. P. Anesthesia-related Deaths during Obstetric Delivery in the United States, 1979-1990. Anesthesiology. 1997. V. 86. N 2. P. 277-284*



Дякую за увагу

