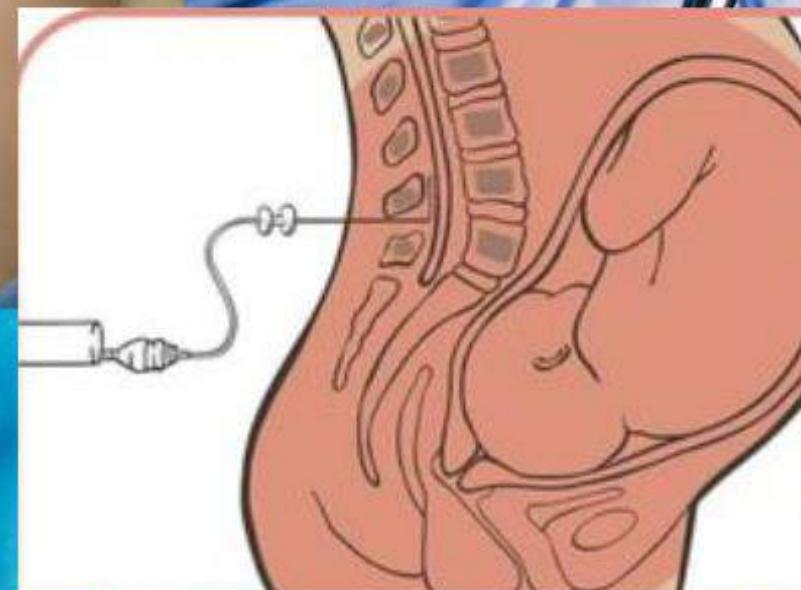


ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
УНИВЕРСИТЕТ
ЦЕНТР ПОСЛЕДИПЛОМНОГО И
НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО
ОБРАЗОВАНИЯ
ОТДЕЛ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ
ХИРУРГИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ



**Эпидуральная анальгезия родов: взгляд
сквозь десятилетия. Обезболивание родов
в условиях ОРД ЖАОКБ**

ФИО :Мурзабаева Мохирахон
Юлдашбаева
Спец АиГ 3 курс
Клинический руководитель:
Кочконбаева Г.А



Цель: -Ознакомиться с эпидуральной анестезией, с показателями эпидуральной анестезии по странам, сравнить различные методы проведения ЭА в мире, а также в условиях ОРД ЖАОКБ.

-Узнать осведомленность, отношение к ЭА медицинских сотрудников ОРД ЖАОКБ .

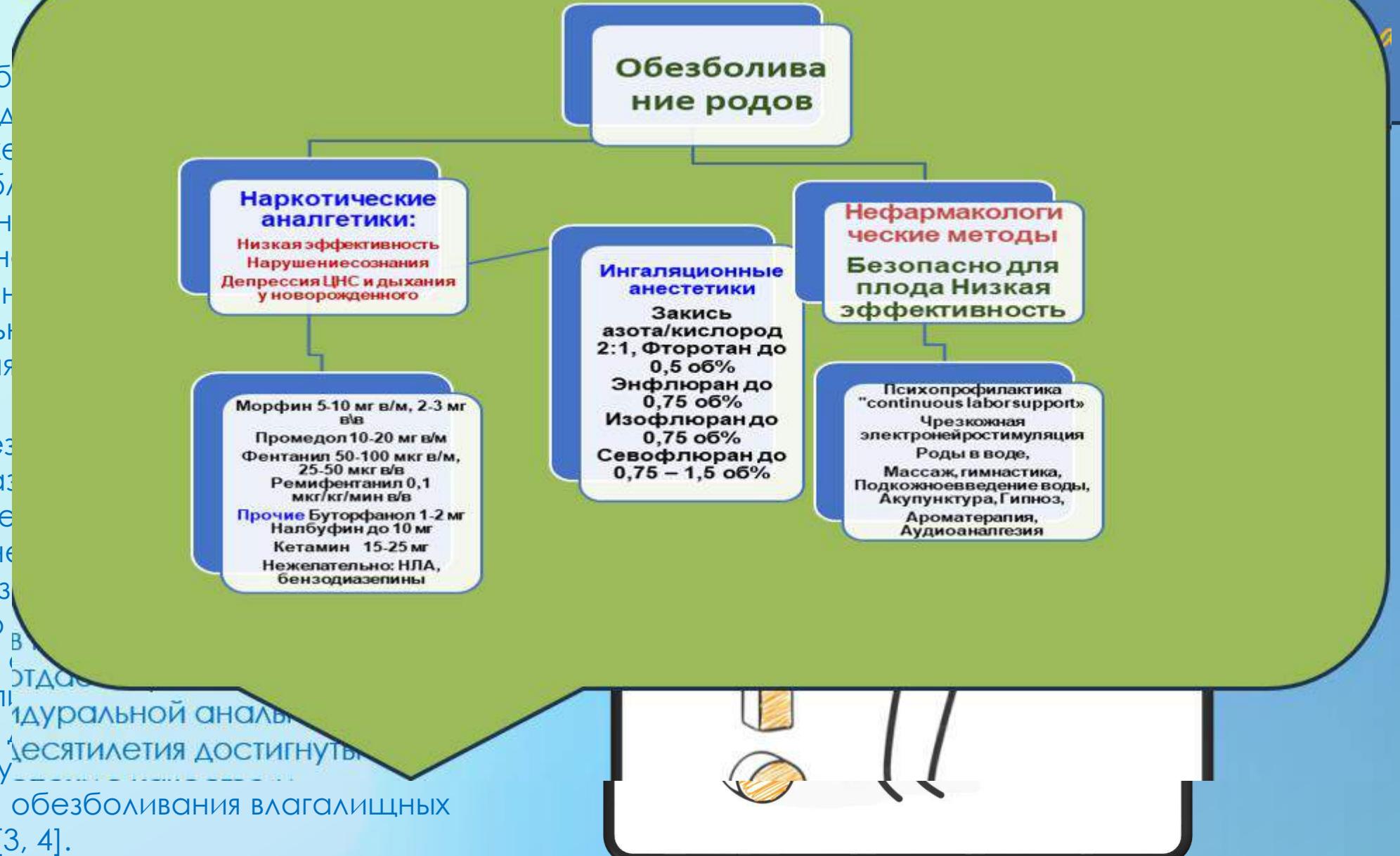
-Изучить истории болезней пациенток с ЭА, просмотреть диагнозы при поступлении и заключительный диагноз.

Объект исследования: Архивные Истории болезней пациентов в ОРД ЖАОКБ с сентября 2024 по январь 2025 год.

Методы исследования: Анкетирование медицинских сотрудников в ОРД ЖАОКБ. Работа и анализ медицинской документации.

Введение

- Известно, что будущая роженица, однажды переживая же роды, Степень ее обезболивания физиологию, на которую не удовлетворены первые описания нейроаксиальных методов обезболивания в 1900 году [2]
- Эволюция обезболивания — множество различных. В различные периоды предложены немедикаментозные методы обезболивания родов, однако в настоящее время предпочтение отдается методикам эпидуральной анастезии. За последние десятилетия достигнуты значительные улучшения безопасности обезболивания влагалищных родов (табл.) [3, 4].



Зачем обезболивать роды?

Б О Л Ь



Чрезмерная боль в родах

Гипервентиляция

Гипокапния

Респираторный алкалоз

Кривая диссоциации HbO_2 влево

Вазоконстрикция маточных
сосудов

Снижение плацентарной перфузии

Снижение поступления O_2 к плоду

Компенсаторный метаболический
ацидоз

Повышение АДГ катехоламинов,
глюкагона, СТГ, кортизола

Гликолиз Глюконеогенез

СЖК

Кетоз

Гипергликемия

Лактат – ацидоз

Вазоконстрикция сосудов

Дискоординация родовой
деятельности

ПЛОД:

Метаболический ацидоз

Гипоксемия

Нарушение ЧСС



Почему ЭА “золотой стандарт”

- Наиболее адекватно обезболивает при сохраненном сознании с высокой степенью удовлетворения женщины и обеспечивает комфорт в родах.
- Устраняет дискоординацию родовой деятельности
- Минимальная фармакологическая нагрузка на плод и новорожденного
- Предотвращает гипервентиляцию матери и ацидоз плода
- Улучшает сократительную способность матки за счет снижения уровня катехоламинов в крови матери
- Снижение травмы родовых путей
- Предотвращает нарушение фетоплацентарного кровотока и нарушение транспорта кислорода при чрезмерно болезненных схватках
- Не влияет на потуги в потужном периоде родов;
- Женщина способна чувствовать сокращения матки и шевеления плода
- Обеспечивает снижение АД
- Минимизация риска постпункционной боли
- Хорошая управляемость
- нет пролонгирования первого периода родов
- нет удлинения второго периода родов (сильное растворение в комбинации с адьювантами)

Morishima HO, Yeh M-N, James LS: Reduced uterine blood flow and fetal hypoxemia with acute maternal stress: Experimental observation in the pregnant baboon. Am J Obstet Gynecol 1979;134:270.

Ueland K, Hansen JM: Maternal cardiovascular dynamics: III. Labor and delivery under local and caudal analgesia. Am J Obstet Gynecol 1969;103:8

Moir DD, Willocks J: Management of incoordinate uterine action under continuous epidural analgesia. BMJ 1967;2:396.

Miller FC, Petrie RH, Arce JJ, et al: Hyperventilation during labor. Am J Obstet Gynecol 1974;120:489.

Допустимые интервалы 2 периода родов

Первородящие	До 2 часов без регионарной анальгезии
	До 3 часов с регионарной анальгезией
Повторнородящие	До 1 часа без регионарной анальгезии
	До 2 часов с регионарной анальгезией

- Вообще, первый период родов не пролонгируется эпидуральной анальгезией, при условии отсутствия аортокавальной компрессии. Однако, сообщалось о продлении второго периода родов у нерожавших женщин, возможно вследствие снижения силы изгнания или неправильного предлежания. Удлинение второго периода родов может быть минимизировано при помощи сильного раствора местных анестетиков в комбинации с опиатами.
Во 2 периоде родов ослабление тонуса скелетной мускулатуры может вызвать его удлинение за счет ослабления потуг, невозможности роженицы стоять у кровати, снижения тонуса мышц тазового дна. Помимо этого затрудняется внутренний поворот головки плода, что может привести к родам в заднем виде затылочного предлежания. Удлинение второго периода родов встречается при регионарной анальгезии и до определенных пределов не приводит к ухудшению состояния плода и новорожденного. В связи с этим были увеличены допустимые интервалы второго периода родов при применении регионарной анальгезии.

I. Ранние осложнения, возникающие непосредственно при проведении нейроаксиального обезболивания:

- Технические проблемы во время пункции эпидурального или субарахноидального пространства.
- Проблемы, связанные с качеством и продолжительностью нейроаксиального блока.
- Кожный зуд.
- Тошнота и рвота, обусловленные:
 - преобладанием активности парасимпатической системы,
 - побочным действием адьювантов,
- Нарушения дыхания:
 - высокий моторный блок
- Нарушения кровообращения:
 - брадикардия и артериальная гипотония, при операции кесарево сечение
 - аритмии.
- Аллергические реакции.(к местным анестетикам амидной группы крайне редко возникает)



II. Поздние осложнения:

Неврологические и травматические осложнения:

- постпункционная головная боль,
- транзиторные неврологические расстройства,
- задержка мочи,
- травматическое повреждение корешков спинного мозга,
- гематомы спинномозгового канала,
- боль в месте пункции

Инфекционные осложнения:

- эпидуральный абсцесс,
- менингит,
- арахноидит,

США

Во Франции оче
Франции составе
она составляла

В Соед**Швеция**

среди

Соединенных Штатах частота применения эпидуральной анестезии примерно соответствует среднеевропейскому

Страна	Процент родов с ЭА (%)	Источник/год
США	60-75%	CDC, 2022
Канада	50-65%	Canadian Journal of Anesthesia, 2023
Великобритания	Россия: Доступность ЭА ограничена в сельских и малых городах из-за нехватки квалифицированных анестезиологов.	
Германия	Япония: Традиционно низкий уровень использования ЭА связан с культурными особенностями и ограниченной инфраструктурой.	Anesthesiology, 2022
Россия	10-25%	Российский журнал анестезиологии и реаниматологии, 2023
Япония	5-15%	Japanese Society of Anesthesiologists, 2021

Канада

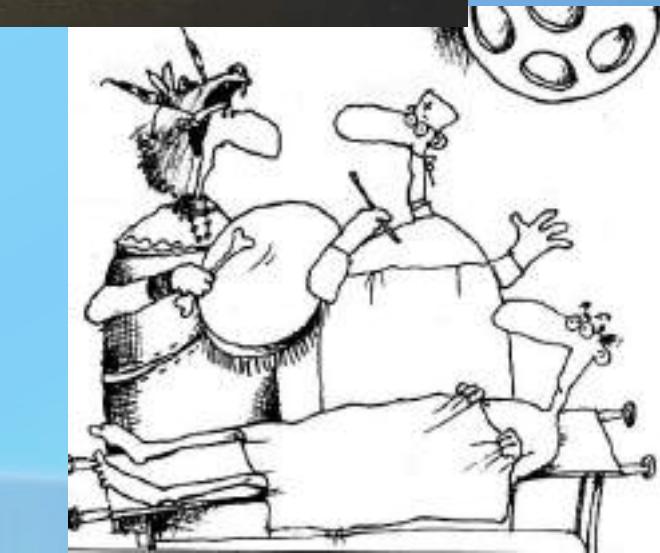
В Канаде относительно низкий уровень использования эпидуральной анестезии — около 40%. Это намного ниже показателей в соседних США и других странах Содружества. Мнения о том, почему уровень использования эпидуральной анестезии в Канаде относительно низкий, расходятся. Многие исследователи отмечают, что, хотя у коренных народов относительно высокий уровень рождаемости, они относительно редко получают эпидуральную анестезию.

Статистические данные в Кыргызстане

- Точные данные о проценте использования эпидуральной анестезии в родах в Кыргызстане могут варьироваться и не всегда доступны в открытых источниках. Однако, согласно некоторым исследованиям и отчетам, использование эпидуральной анальгезии в Кыргызстане постепенно увеличивается, но все еще остается ниже, чем в некоторых других странах.
- По данным различных медицинских учреждений и акушерских практик, процент использования эпидуральной анестезии может колебаться от 10% до 30% от общего числа родов. Это связано с несколькими факторами, включая доступность медицинского оборудования, уровень подготовки медицинского персонала и культурные предпочтения женщин.

Эволюция нейроаксиальных методов обезболивания

1880 A. Негели	Выделил первое известное инструментальное средство: кокалин из слизи расщелины Буффонуа Оса.
1879 B. K. Аксел	Впервые применил кокалин в качестве местного анестетика при акушерской операции.
1885 L. J. Corning	Описал эксперимент с заведением канюля в спинномозговое пространство собакам.
1890 W. Wynter, H. Quincke	Выполнил и описал проник твердой мозговой оболочки.
1896 A. Вир	Первый успешный длительный спинальный анестезия.
1900 С. Каз	Использовал кокалин для обезболивания рода у бландин в методом спинномозговой анестезии.
1921 F. Маре	Описал гематому спинномозговой анестезии на плечевом уровне.
1931 E. Абнер	Провел непрерывный спинальный блок с использованием эпидурального катетера.
1932 A. Guttmann, Doglioti	Предложили есть методы когрелевания и пневмокатетер для способа диагностики и определения пространственных границ спинномозгового пространства.
1937 А. Борис	Впервые описал начальную контаминацию спинно-мозговой анестезии (РСА).
1944 E. Таде	Предложил катетер для проведения ЗА.
1945:	Синтезирован гидрокодон.
1948 C. Ривет	Сообщение об использовании гидрокодона для обезболивания вспомогательных родов.
1949 J. G. DeLand	Описал интравенозную анестезию с применением яты Тодго и интравенозные аллокоры.
1957:	Синтезирован бупропион.
1979 M. Behar et al.	Опубликовали первое сообщение об интравенозном введении морфина с целью обезболивания.
1985-1989 г.	Регистрация анестезиотехники в США в 1985 г., в Российской Федерации зарегистрирована – в 1989 г.
1988 D. R. Campbell et al.	Опубликовали первое исследование с применением РСА, нацеленное контролируемая интравенозная анестезия для обезболивания родов.
1993 B. M. Morgan	Описал методику РСА путем проведения яты через языку при обезболивании рода.
1996 N. Boski et al.	Опубликовали результаты первого исследования по методике DPE (плексигенная аналгезия с проходом твердой мозговой оболочки) в акушерской практике.
1999 A. M. Каукал, B. Katal	Описали, что прерывистый блок местного анестетика (МА), подавленный через эпидуральный катетер в эпидуральное пространство, находит в более широком разпространении и лучшую якобину блока, чем непрерывная инфузия.
2004 S. Chua, A. Sta	Опубликованы первые результаты исследования с применением РЕВ (методика загородненоанестезиологического блокса) при акушерстве.
2006 J. A. Thomas et al.	Опубликовано первое исследование с использованием метода DPE в акушерской практике для обезболивания родов.
2008 L. Тим	Получила широкое применение эпидуральная пункция при эпилепсии в родах. Ввел аббревиатуру DPE в акушерстве.
2011 G. Соколов	При РЕВ+РСА, или вероятность которого блока, инструментального родоразрешения и выше, потребность в блоках РСА, чем при СЕ (методика непрерывного подавления местного анестетика I+РСА).



Методы ЭА

Методы ЭА родов претерпели существенное развитие и в настоящее время, говоря об ЭА, трудно её представить без эпидуральных катетеров, инфузионных насосов, современных местных анестетиков. Эволюция методик введения местного анестетика в эпидуральное пространство прошла несколько этапов.

1. **Методика «только боляс».** Изначально болясы вводили вручную по просьбе роженицы, когда болевые ощущения возвращались и становились интенсивными. При этом существовала проблема «прорывной» боли, а также была необходимость каждые 1-2 часа подводить дополнительный боляс местного анестетика. (рис. 1).



Рисунок 1. Методика «только боляс»

2. Непрерывное введение местного анестетика – СЕI.

Одним из достижений настоящего времени в проблеме обезболивания влагалищных родов стало изобретение и использование инфузионных насосов. (рис. 2) С появлением насосов, которые позволяют непрерывно вводить местный анестетик с заданной скоростью, обезболивание родов стало более удобным. Для работы насоса необходимо ввести в программу скорость и объем инфузии. Это позволило проводить более стабильную анальгезию, улучшило контроль за обезболиванием, помогло решить проблему «прорывной» боли и избавило анестезиолога от необходимости каждые 1-2 часа добавлять болясы местного анестетика [5]

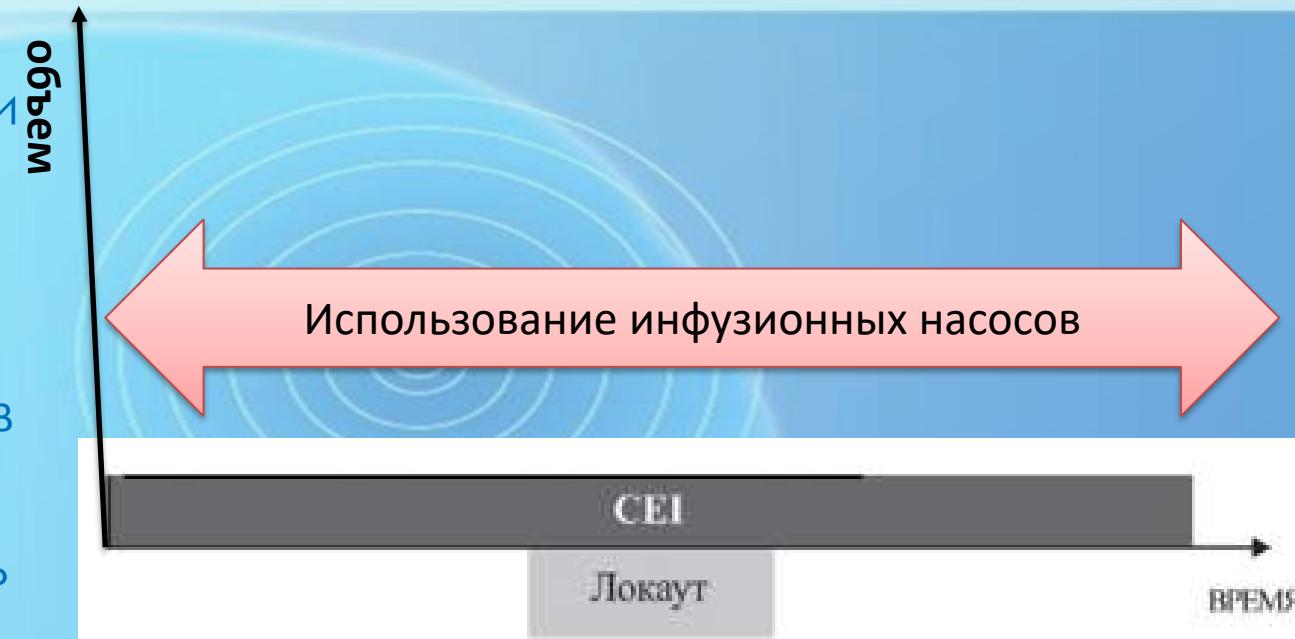


Рисунок 2. Методика СЕА.

3. Методика контролируемой пациентом эпидуральной анальгезии – РСЕА

Большинство современных эпидуральных насосов позволяют вводить экстренные болюсы при достижении верхней границы допустимого уровня боли [6]. Учитывая, что выраженность родовой боли у каждой пациентки индивидуальна, вариант с РСЕА является одним из приоритетных при ЭА родов. РСЕА была описана в 1988 году и с тех пор стала стандартным подходом во многих медучреждениях (рис. 3) Кнопка, соединенная с насосом, позволяет пациенту самостоятельно вводить дополнительные эпидуральные болюсы, если есть необходимость в усилении анальгезии. Это повышает материнскую удовлетворенность, поскольку контроль над собственной возможностью контролировать уровень анальгезии является фактором, который высоко ценится женщиной в родах. В то же время, РСЕА без фоновой инфузии не всегда обеспечивает адекватную анальгезию и снижение нагрузки на персонал [9, 10].

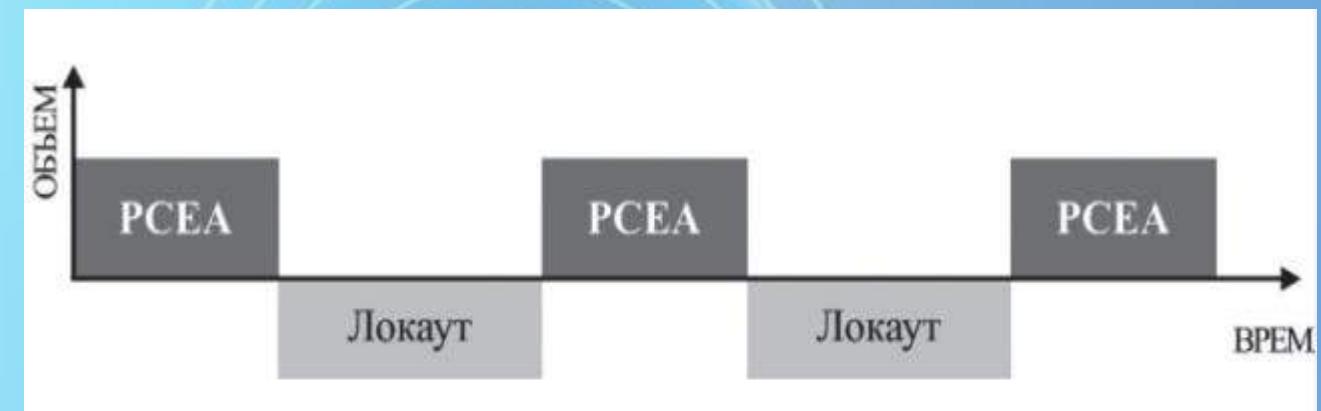


Рисунок 3. Методика РСЕА.

4. Методика сочетания непрерывной инфузии анестетика в эпидуральное пространство и болясов пациента – CEI+PCEA.

Введение местного анестетика в эпидуральное пространство на современном этапе может включать в себя сочетание непрерывной инфузии, запрограммированной анестезиологом-реаниматологом и пациент-управляемыми болясами (рис. 4). При данной методике в инфузионном насосе устанавливают основную скорость подведения анестетика, боляс, вводимый дополнительно самим пациентом, интервал блокировки, лимит дозы и лимит боляса [11]. Методика, включающая в себя сочетание CEI+PCEA, позволила улучшить качество обезболивания, уменьшить нагрузку на персонал, самостоятельно женщине вести контроль над интенсивностью болевых ощущений и в последние десятилетия считалась стандартным рабочим режимом для обезболивания родов в Северной Америке и Европе [12, 13, 14]. Однако существует мнение, что при комбинации CEI+PCEA повышен риск инструментального родоразрешения и возможно увеличение продолжительности второго периода родов [15].



Рисунок 4. Методика, включающая сочетание CEI+PCEA

5. Методика, включающая сочетание PIEB+PCEA.

С введением программируемых прерывистых эпидуральных болясов мы возвращаемся к методике прерывистого боляса, однако на этот раз без необходимости введения дополнительных болясов вручную (рис. 5) [16]. Новое поколение эпидуральных насосов можно запрограммировать для управления прерывистыми синхронизированными болясами. Современные насосы могут периодически создавать более высокую скорость инфузии, чем традиционная непрерывная инфузия. Это улучшает распространение лекарства в эпидуральном пространстве, в результате чего улучшается анальгезия с меньшей выраженностью моторного блока и с меньшей общей потребностью в местном анестетике [6, 9].



Рисунок 5. Методика, включающая сочетание PIEB+PCEA.

6. Программируемый эпидуральный болюс – автоболюс, РАВ.

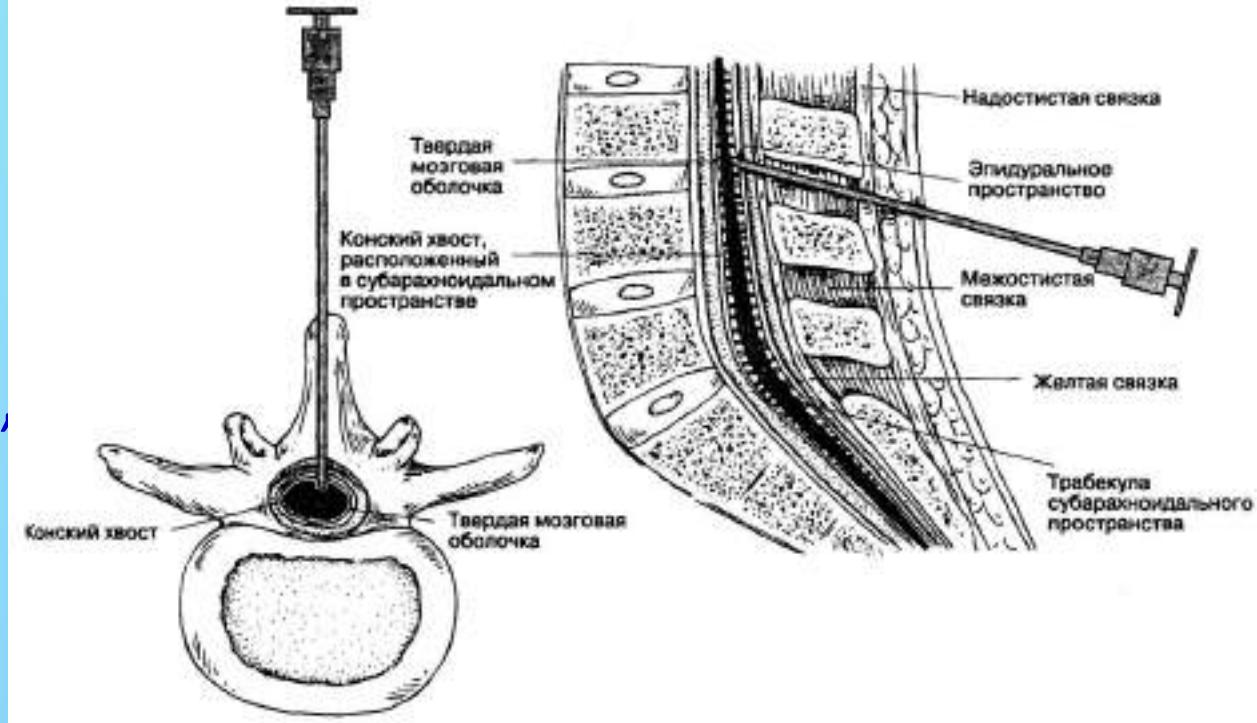
Современные насосы для ЭА позволяют использовать автоболюс. Возможны различные варианты и комбинации подведения препаратов в данном режиме. Режим дает возможность введения автоболюса с заданной частотой параллельно базальной скорости и болюсу пациентки. При данном режиме устанавливают основную скорость инфузии, дозу автоматического болюса, частоту автоболюса, болюс пациента, интервал блокировки, лимит дозы и лимит болюсного введения (рис. 4) [11].



Рисунок 4. Методика автоболюс

Методика ЭА с проколом твердой мозговой оболочки – DPE.

7. DPE – модификация обычной ЭА, включающая в себя преднамеренное прокалывание твердой мозговой оболочки спинномозговой иглой через иглу, помещенную в эпидуральное пространство, без дополнительного введения анестетика интракальвально.

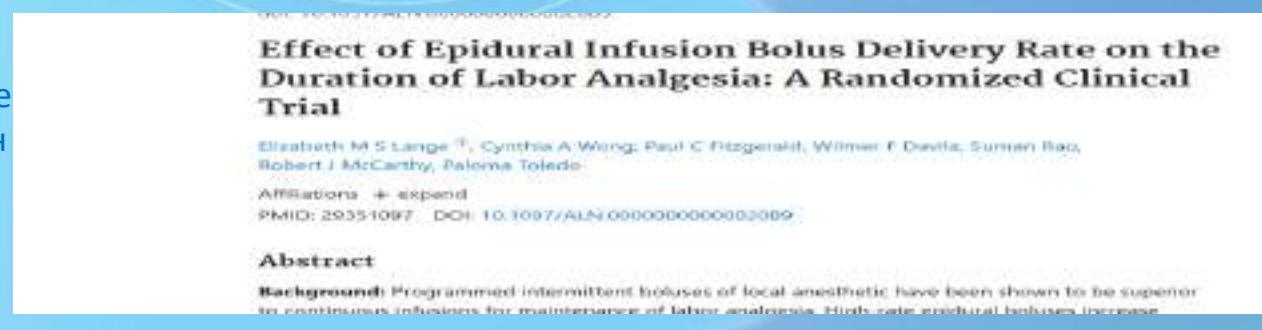


PCEA, CEI, PIEB или их сочетание?

- С. А. Wong et al. (2006) вводили болясы МА через эпидуральный катетер с одним отверстием со скоростью 400 мл/час. Методика с применением высокой скорости снизила потребность в анестетике, улучшила качество анальгезии в сравнении с непрерывной инфузией препарата

В. Carvalho (2016) так же считает, что метод PIEB+PCEA обеспечивает лучшую анальгезию и большее удовлетворение пациента по сравнению либо с CEI, либо CEI+PCEA. Он считает, что это связано с большим объемом анестетика, вводимым за более короткий промежуток времени [9]. G. Capogna (2011) сделал заключение, что при комбинации PIEB+PCEA менее выражен моторный блок и ниже вероятность инструментального родоразрешения по сравнению с CEI+PCEA. Для адекватного обезболивания требуется меньшее число дополнительных болясов PCEA, а удовлетворенность пациенток выше по сравнению с CEI+PCEA

Имеются работы, показывающие и обратное. Elizabeth M. S. Lange et al. (2018) провели исследование среди первородящих женщин с одноплодной беременностью с раскрытием шейки матки до 5 см. Авторы пришли к заключению, что высокая скорость эпидурального боляса не улучшает качество анальгезии родов и не уменьшает расход бупивакaina.



Эпидуральная анестезия в условиях ОРД ЖАОКБ



№	ФИО	Дата рождения	Дата Проведения	Диагноз до проведения ЭА	Диагноз после
1	Латыпова Марьям Акмалевна	04.07.2003	20.11.2024	Беременность 40 недель. Латентная фаза 1 период	Роды 1 в сроке 40 недель путем операции кесарево сечение.
2	Комильжанова Г	1995	22.11.2024	Беременность 39\5 недель	
3	Каримова А	23.08.1986	22.11.2024	Беременность 39 недель. .ОАА	Лицевое предлежание плода.Анемия 2 ст.
4	Суранова Айнурасыбылдыкалыко вна	07.02.1997	24.11.2024	Беременность 40 недель.Латентная фаза 1 период родов .Преждевременный разрыв плодного пузыря.Преэклампсия средней тяжести.	Роды 1 в сроке 40 недель. Разрыв влагалища. Преждевременный разрыв плодного пузыря. Преэклампсия средней тяжести. Анемия 1 степени.
5	Мадалиева А. А	18.09.1997	24.11.2024	Беременность 40\6 недель Активная фаза 1 период родов	Роды 4 в сроке 40 недель.Анемия 1 ст.
6	Абакулова	23.01.2003	13.10.2024	Беременность 39\3 недель. Ложные схватки.Кольпит.	Индукционные роды 1 в сроке 39 недель.Кольпит.Разрыв промежности 1 ст. Разрыв влагалища. Нарушение амниотической жидкости.ПРПО.
7	Толонбай к к	2001	21.10.2024	Беременность 35 недель.Острое маловодие. Низкое прикрепление плаценты.Преждевременный разрыв плодного пузыря.	Роды 1 в сроке 35 недель. Острое маловодие. Низкое прикрепление плаценты плаценты. ПРПО. Разрыв промежности 1 ст.
8	Шадимова М	1997	4.11.2024	Беременность 36\5 недель. Гестационный	Роды 2 в сроке 37 недель .Гестационный пиелонефрит.Симфизит 1 степени.Анемия 1 ст.
9	Анарбаева Розагул Калыржанова	12.02.1996	5.11.2024	Бе сл пл Индукционные роды 1 в сроке 37 недель путем операции кесарево сечение. Угрожающее состояние	Роды 1 в сроке 39 недель. Вакуум экстракция плода. Угрожающее состояние плода. Нарушение
10	Сыргабекова Тахмина	17.05.1999	5.11.2024	Беременность 38 недель.Низкое прикрепление плаценты.Амниотической жидкости. Эпизиотомия. Эпизиорафия.	
11	Чынгыз к Ш	09.02.2001	01.11.2024	Беременность 39 недель.	Роды 2 в сроке 41 недель с рубцом на матке. Разрыв промежности 1 ст. ОАА. Анемия 1 ст.
12	Абдукаимова А	2000	15.12.2024	Беременность 38 недель.	Преждевременные роды 1 в сроке 36 недель.ПТС. Антенатальная гибель плода. Анемия 1 ст.
13	Эргешова Назира	27.12.1987	06.01.2025	Беременность 38\4 недель.ПТС. Гестационная гипертензия.Ожирение 1 степени	Роды 3 в сроке 38 недель.ПТС. Гестационная гипертензия. Ожирение 1 степени
14	Мусаева Салтанат	12.07.1992	16.01.2025	Беременность 39 недель.Симфизиопатия.	Роды в сроке 39 недель. Симфизиопатия.
15	Асанбек к Эльнур	08.05.1992	21.01.2025	Беременность 36 недель.ПТС.Вирусный гепатит С.	Роды 3 в сроке 35 недель индуцированные.ПТС Вирусный гепатит С.
16	Усубалиева К	29.01.2005	31.01.2025	Беременность 40\4 недель.Симфизиопатия.	Роды в сроке 40 недель. Симфизиопатия.
17	Жоробаева Ханзада	12.07.1995	06.02.2025	Беременность 38 недель ОАА Ожирение 1 степени	Роды 3 в сроке 38 недель. Разрыв влагалища. ОАА Ожирение 1 степени
18	Нурлан Кызы	03.12.1990	05.05.2024	Беременность 36 недель. ПТС	Преждевременные роды 1 в сроке 36 недель.ПТС. Анемия 1 ст.

Процентное соотношение заключительного диагноза родов у пациенток с применением ЭА.

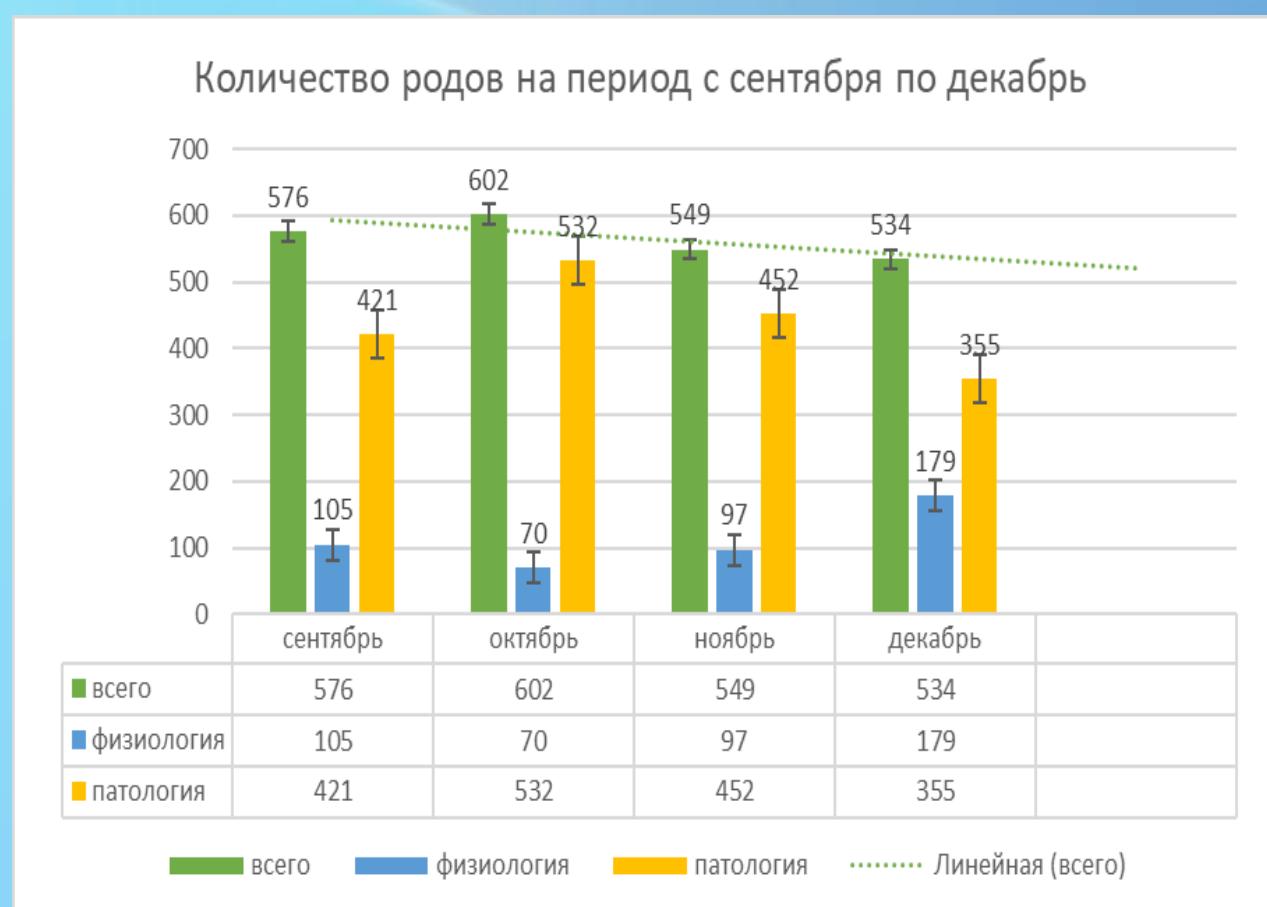
18 ответов



Роды с эпидуральной анестезией за период с сентября 2024 года по январь 2025 года в ОРД ЖАОКБ

Изучив график и таблицу, проанализировав взятый мною N- период в ОРД ЖАОКБ, можем сделать выводы, всего было родов за сентябрь 576 .Родов с эпидуральной анестезией нет. За октябрь 602 роды из них 2 родов были под ЭА. За ноябрь всего 549 из них 9 родов с использованием ЭА. За декабрь всего родов 534 из них 3 родов под ЭА . В январь месяц 551 из них 4 роды с ЭА. Из 2812 за 5 месяцев родов с эпидуральной анестезией процент родов составил всего 0,65 %.

Также из 18 родов с ЭП: 2 родов закончились с кесарево сечением, Вакуум экстракция плода применялось в 1 родах, Разрывы влагалища и промежности в 4 родах. Симфизиопатия в 3-х родах. Гестационная гипертензия в 2 родах .Преэклампсия средней тяжести 1 роды. Преэклампсия тяжелой степени 2 родов. Антенатальная гибель плода 1 роды. Рубец на матке 1 роды



Почему такие низкие показатели проведение ЭП в ОРД ?

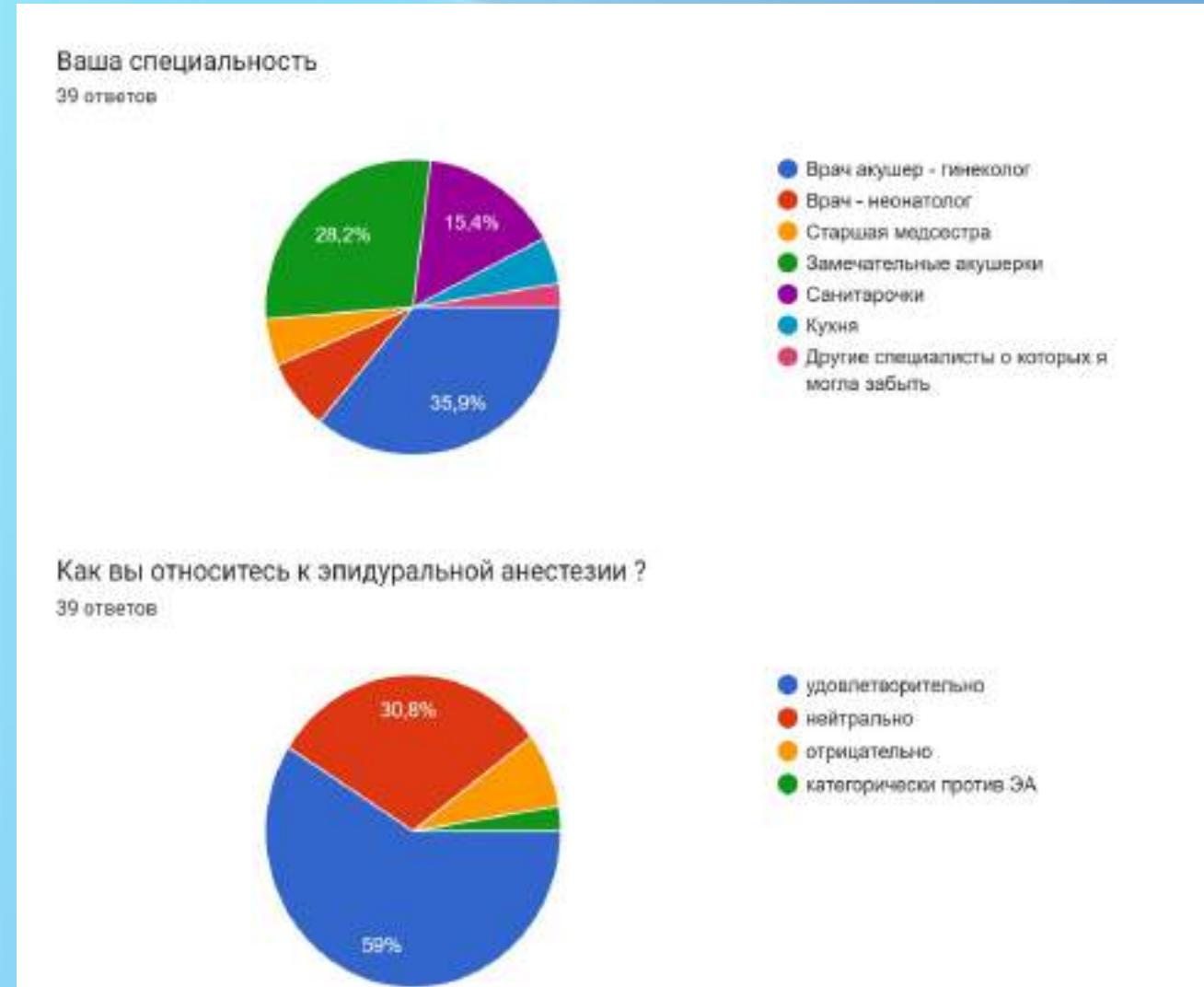
- 1-Начали проводить ЭА с сентября 2024 года
- 2-Из штатных 6 врачей Анестезиологов – реаниматологов обучены и лицензированы Зав. Отд ОРИТ Арзибаев С. Э , а также молодой специалист Ахмедов Х.З
- Узнать отношение медицинского персонала к ЭА, проведен краткий блиц-опрос в виде анкетирования в Google –форме.
- Доступен 24\7 (вызывается компетентный врач анестезиолог-реаниматолог ,независимо есть смена и нет)
- Использование современных анестезиологических наборов для проведения регионарной анальгезии.
- Необученный средний и младший мед персонал (акушерки медсестры и санитарки больше контактируют с пациентами)



Краткий анонимный блиц-опрос об эпидуральной анестезии в Акушерстве и гинекологии для сотрудников ОРД ЖАОКБ

Анкетирование прошли 39 сотрудников . Из которых 14 акушер-гинекологов , 11 акушерок, 3 врача – неонатолога, 2 старшие медсестры , 2 кухарки и другие.

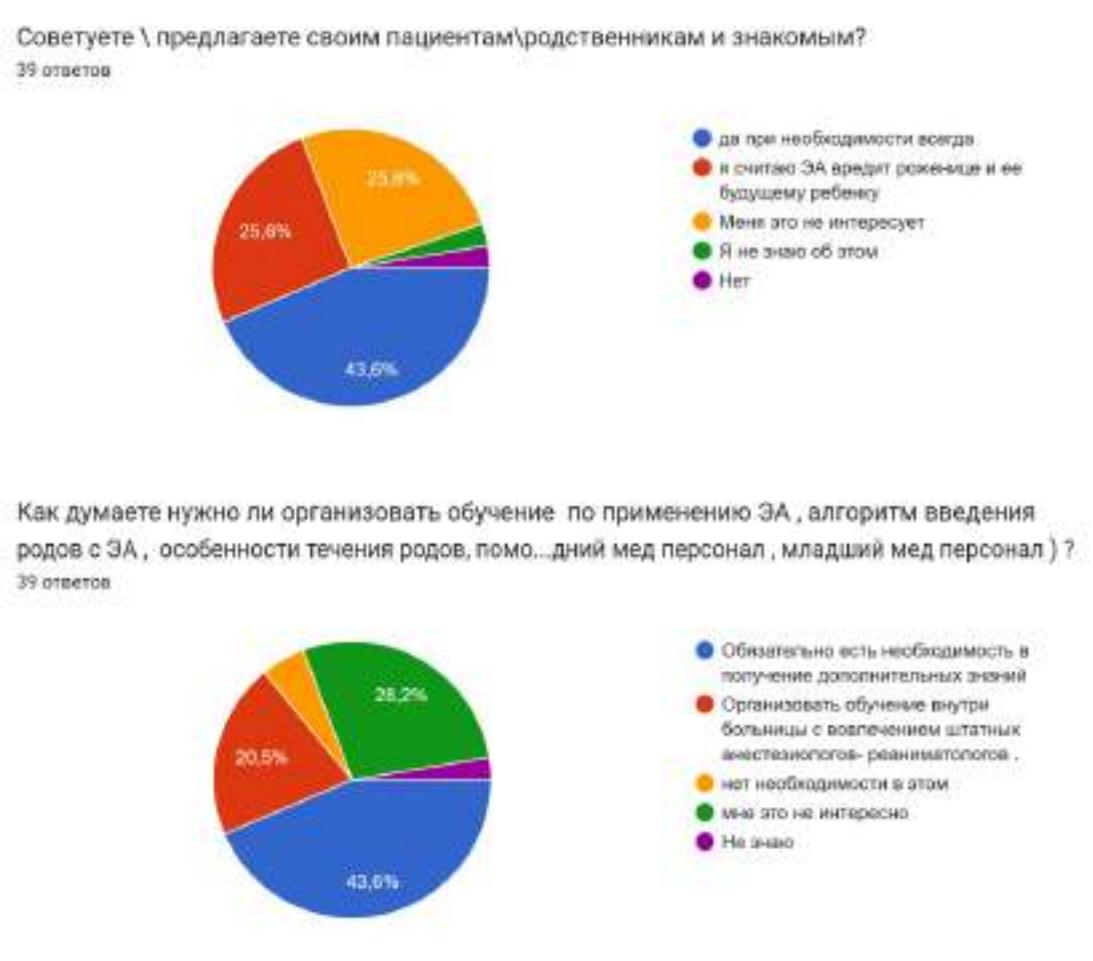
Из анкетированных сотрудников 23 сотрудника ответили положительно(из них большее кол-во были акушер-гинекологи),
12 человек выразили свое нейтральное отношение к ЭА,3 сотрудника отрицательно и 1 сотрудница была категорически против ЭА.



Краткий анонимный блиц-опрос об эпидуральной анестезии в Акушерстве и гинекологии для сотрудников ОРД ЖАОКБ продолжение...

Из опрошенных 17 человек предлагают при необходимости провести ЭП, 10 человек считают ,ЭА вредит организму матери и плода, (большее кол-во из них были акушерками), 10 человек ответили, что им неинтересно (в основном все 3 санитарки и акушерки были безразличны), 1 медсестра в послеродовом отделение не знает про ЭА и никогда не слышала об этом.

На последний вопрос 17 сотрудников были готовы обучиться, 8 из 39 специалистов выбрали обучение в самой ОРД , и остальные 12 выразили свое безразличие и не знание об ЭА.



Выводы

- 1 Таким образом, наличие безопасной и эффективной анальгезии стало неотъемлемым компонентом ведения родов. Увеличение материнской удовлетворенности, снижение потребности в местном анестетике при адекватном обезболивании, отсутствие прорывной боли, уменьшение выраженности моторного блока и вероятности инструментального родоразрешения – цель новых технологий ЭА родов. Однако оптимальное сочетание методик для поддержания обезболивания родов до настоящего времени остается неизвестным. На сегодняшний день нет четких схем, однозначно доказывающих явное преимущество той или иной методики обезболивания родов через естественные родовые пути. Индивидуальный подход с использованием современных систем подведения лекарств может оказать значительное положительное влияние на удовлетворенность пациентов ЭА. Необходимо дальнейшее изучение данной проблемы.



Выводы продолжение...

- В Финляндии самый высокий процент женщин, которым делают эпидуральную анестезию, по сравнению с другими странами. Примерно 89% женщин, рожающих в Финляндии, получают эпидуральную анестезию. Такой высокий процент объясняется повсеместным применением эпидуральной анестезии в Финляндии. Кроме того, в Финляндии врачи рекомендуют делать эпидуральную анестезию большинству женщин. После Великобритания и Испания с 70 % женщин, женщин рожающих с ЭА. Ситуация в России и в других странах СНГ, в частности в Киргизии процент использования эпидуральной анестезии может колебаться от 10% до 30% от общего числа родов. Такие низкие показатели по сравнению с зарубежными странами модем связывать Доступность ЭА ограничена в сельских и малых городах из-за нехватки квалифицированных анестезиологов. Не знание медицинских работников об ЭА, работы с пациентами с ЭА.

Выводы продолжение...

- В связи с тем, что ЭА только начала внедряться в базу ОРД, за 5 месяцев низкий процент пациентов которым была сделана ЭА , а значит и варианты исходных диагнозов, показания и противопоказаний в анамнезе у Родильниц, минимально. Данная работа продолжится изучаться , дальше будет собираться информация об ЭА, будут создаваться контрольные группы и сравниваться и изучаться. Полноценная оценка состояние пациентки будет происходить при контроле продолжительности периода родов , сердцебиение плода (постоянное мониторирование ЧСС плода КТГ) И другие показателей гемодинамики матери и плода.
- На данный момент создаются благоприятные условия для женщин в ОРД ЖАОКБ и с каждым днем идет на улучшение , чтобы родильница выписалась из Роддома с положительными эмоциями и со здоровым ребенком.

Рекомендации

1. Разработать и внедрить клинический протокол по ЭА в Киргизии

(В большинстве развитых стран (США, Канада, Великобритания) существуют национальные рекомендации по применению ЭА при родах, которые включают информированное согласие пациентки, мониторинг состояния матери и плода. В России и Японии протоколы менее стандартизированы, часто зависят от конкретного учреждения. В Киргизии на сегодняшний день нету полноценного клинического протокола, врачи анестезиологи работают по российским или же зарубежным протоколам).

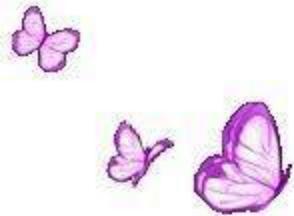
2. Очень мало научных и клинических исследований в области акушерской анестезиологии, в частности применение ЭА в родах.

Активировать Научных деятелей , аспирантов , студентов ординаторов изучать и работать над проблемами обезболивания родов ЭА и не только. ЭА плохо и недостаточно изучена и других отраслях доказательной медицине. В последнее время растет интерес к этому направлению, потому что есть необходимость в актуальных материалах, стандартизации протоколов .

3. Обучать и готовить компетентных специалистов врачей , средний и младший мед персонал по работе и введение родов с эпидуральной анестезией.

4. Сделать Эпидуральную анестезию широко доступной и максимально бюджетной для населения с показаниями в обезболивании родов.

**СПАСИБО ЗА
ПРОСМОТР!**



Литература

- 1. Melzack R. The myth of painless childbirth (the John J. Bonica lecture). *Pain*. 1984; 19(4):321–337. DOI: 10.1016/0304-3959(84)90079-4 2. Kreis O. On spinal anaesthetic procedures in women giving birth [translated from German]. *Centralblatt fur Gynakologie*. 1900; (28):724–9. 3. Silva M, Halpern SH. Epidural analgesia for labor: Current techniques. *Local and Regional Anesthesia*. 2010; (3):143–53. 4. Куликов АВ, Шифман ЕМ. Аnestezия, интенсивная терапия и реанимация в акушерстве и гинекологии. Клинические рекомендации. Протоколы лечения. М.: Медицина; 2017. 688с. [Kulikova AV, Shifman EM. Anesthesia, intensive care and resuscitation in obstetrics and gynecology. Clinical recommendations. Treatment protocol. Moscow: Medicine; 2017. 688 p. (In Russian)]. DOI 10.18821/9785225100384 5. Hanson B, Matouskova-Hanson A. Continuous epidural analgesia for vaginal delivery in Sweden. Report of a nationwide inquiry. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 1985;29(7):712-5. DOI: 10.1111/j.1399-6576.1985.tb02286.x 6. Meng ML, Smiley R. Modern Neuraxial Anesthesia for Labor and Delivery. F1000 Research. 2017; (6): 1211. DOI: 10.12688/f1000research.11130.1 7. Gambling DR, YuP, McMorland GH, Palmer LA comparative study of patient controlled epidural analgesia (PCEA) and continuous infusion epidural analgesia (CIEA) during labour. *Canadian Journal of Anaesthesia*. 1988; 35(3): 249-254. 8. Smiley RM, Stephenson L. Patient-controlled epidural analgesia for labor. *International Anesthesiology Clinics*. 2007;45(1):83-98. DOI: 10.1097/AIA.0b013e31802b8b909. McKenzie CP, Cobb B, Riley ET, Carvalho B. Implementation of Programmed Intermittent Epidural Bolus for the Maintenance of Labor Analgesia. *International Journal of Obstetric Anesthesia*. 2016; 123(4): 965-971. DOI: 10.1213/ANE.0000000000001407 10. Wong CA, McCarthy RJ, Hewlett B. The effect of manipulation of the programmed intermittent bolus time interval and injection volume on total drug use for labor epidural analgesia: a randomized controlled trial. *Anesthesia and Analgesia*. 2011; 112(4): 904–911. DOI: 10.1213/ANE.0b013e31820e7c2f 11. Schafer SM, Geuter S, Wager TD. Mechanisms of placebo analgesia: A dual-process model informed by insights from cross-species comparisons. *Progress in Neurobiology*. 2018; (160): 101-122. DOI: 10.1016/j.pneurobio.2017.10.00812. Sng BL, Kwok SC, Sia AT. Modern neuraxial labour analgesia. *Current Opinion in Anaesthesiology*. 2015;28(3):285-289. DOI:10.1097/aco.0000000000000183 13. George RB, Allen TK, Habib AS. Intermittent epidural bolus compared with continuous epidural infusions for labor analgesia: A systematic review and meta-analysis. *Anesthesia and Analgesia*. 2013; 116(1):133–44. 14. Onuoha OC. Epidural Analgesia for Labor: Continuous Infusion Versus Programmed Intermittent Bolus. *Anesthesiology Clinics*. 2017; 35(1):1–14. DOI: 10.1016/j.anclin.2016.09.003 15. Gabriel L, Young J, Hoesli I, Girard T, Dell-Kuster S. Generalisability of randomised trials of the programmed intermittent epidural bolus technique for maintenance of labour analgesia: a prospective single centre cohort study. *British Journal of Anaesthesia*. 2019; 123 (2): e434-e441. DOI: 10.1016/j.bja.2019.02.016 16. Carvalho B, Riley E. Programmed Intermittent Epidural Boluses (PIEB) for Maintenance of Labor Analgesia: An Incremental Step Before the Next Paradigm Shift ? *Turkish Journal of Anaesthesiology and Reanimation*. 2017; 45(2): 73–75. DOI: 10.5152/TJAR.2017.09034 17. Heesen M, Rijs K, Rossaint R, Klimek M. Dural puncture epidural versus conventional epidural block for labor analgesia: a systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Obstetric Anesthesia*. 2019; (40): 24–31. DOI: 10.1016/j.ijoa.2019.05.007