

**БОЛЬ В СПИНЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ:
АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ**

Проект клинических рекомендаций

Е.М.Шифман, А.В.Куликов, С.Е.Флока

Основные понятия

Рекомендация 1. Боль в спине – это не заболевание, а симптом.

<>*Распространенность.* Жалобы на боли в спине, возникающие при беременности, ограничивают трудоспособность, выполнение обычных ежедневных обязанностей, мешают сну и впоследствии ограничивают грудное вскармливание.

Jeffery Selwyn Crawford был первым, кто указал на существование длительной боли в спине у женщин после родов. Он проанализировал результаты свыше 27 000 случаев выполнения эпидуральных анестезий/анальгезий и отметил, что ежегодно на хроническую боль в спине в его клинике жаловались в среднем 5 женщин. Он считал, что наиболее вероятными причинами боли являлись:

- неправильное положение тела женщины во время манипуляции,
- деформации крестца и подвздошных костей,
- изредка – медленное заживление повреждения мягких тканей после инъекции [1].

Следующее исследование, посвященное сравнению эпидуральной анальгезии с другими методами обезболивания, не выявило различий в отношении частоты боли в спине, как непродолжительной, так и длительной [4]. В группе женщин, родоразрешенных посредством планового кесаревого сечения, не отмечалось возрастания частоты появления боли в спине после эпидуральной анестезии по сравнению с общей анестезией. Авторы пришли к выводу, что для возникновения боли в спине необходимы сочетание эпидуральной анальгезии и родоразрешения через естественные родовые пути. Их заключение: «...позиционная боль в спине возникает как следствие неправильного положения тела женщины в родах, усугубленного мышечной релаксацией и потерей болевой чувствительности в результате обезболивания». В 1987 году MacArthur et al. разослали анкеты свыше 30 000 женщин, рожавшим в период с 1978 по 1985 гг. Ответы были получены от 39% женщин и 23% из них отмечали наличие длительно существующей боли в спине, которая у 14% респонденток появилась после родов. На боль в спине пожаловались 18,9% женщин, которым выполнялась эпидуральная анальгезия и лишь 10,5% респонденток у которых применялись другие методы обезболивания. Мультивариационный анализ показал, что эпидуральная анальгезия является значимым прогностическим фактором развития боли в спине [3]. Результаты исследования частоты болей в спине у беременных женщин, проведенные в разные годы:

Mantle et al. 1977 ... 48%

Hammer et al. 1986	... 49%
Fast et al. 1987	... 56%
Berg et al. 1988	... 49%
Ostgaard et al. 1991	... 49%
Kristiansson et al. 1996	... 76%

Все когортные исследования продемонстрировали, что, по крайней мере, 50% беременных женщин страдают от боли в спине. Частота боли в нижних отделах спины в группе рожениц, у которых проводилась эпидуральная анальгезия, была такой же как в группе, где эпидуральная анальгезия не проводилась [2].

◁ Факторы риска:

- боли в спине до беременности,
- многорожавшие (в большинстве, но не во всех исследованиях),
- молодой возраст,
- низкий социально-экономический статус,
- чрезмерная прибавка веса,
- выраженная гипотрофия,
- спондилолистез.

◁ *Этиология.* Хотя этиология и многофакторная, но большее значение имеют механические и гормональные факторы:

> Релаксин (вырабатываемый желтым телом) - гормон, индуцирующий размягчение связок и расслабление сочленений костей таза, повышает нестабильность илеосакральных сочленений и лонного сочленения. Эти изменения сопровождаются болями в спине уже в первом триместре.

> Механические факторы, связанные с болями в спине, имеют большее значение во втором и третьем триместрах. Увеличение матки приводит к смещению крестца и увеличивает поясничный лордоз с уменьшением величины межпозвонковых пространств в поясничном отделе. Эти изменения увеличивают нагрузку на фасеточные суставы и задние отделы межпозвонковых дисков, что может привести к уменьшению отверстий, через которые проходят нервные корешки и развитию ишиаса (встречается у 1% беременных женщин). Ишиас следует дифференцировать с более частым синдромом "задней тазовой боли", которая также может иррадиировать по задней поверхности бедер, реже ниже колен. Тазовые боли не распространяются до стоп и не дают изменений в неврологическом статусе.

> Грыжа диска, редко развивающаяся во время беременности, может сопровождается нарушениями функции мочевого пузыря.

Исследования

Рекомендация 2. МРТ следует выполнять при наличии неврологической симптоматики. Важно различать случайные находки и изменения, которые могут обуславливать имеющиеся симптомы и требовать модификации лечения.

Лечение

◊ Медикаментозное

> Консервативное: релаксационные упражнения, ацетоминофен, сухое тепло/лед.

> Чрезкожная электростимуляция.

> В случае ишиаса - эпидуральная блокада с кортикостероидами после консультации с акушером.

Рекомендация 3. Анестезия

> Тщательный сбор анамнеза и физикальное исследование с особым акцентом на неврологическую симптоматику ДО выполнения регионарной анестезии.

> В этих случаях редко есть противопоказания к выполнению спинальной или эпидуральной анестезии.

> Прекратить эпидуральную анальгезию (или хотя бы введение местных анестетиков) и выполнить консультацию невролога каждой пациентке, сообщающей о появлении новых или ухудшении имевшихся симптомов.

> После выполнения регионарной анестезии пациентку следует уложить в то положение, которое было для нее комфортным до анестезии, так как развившийся сенсорный блок не даст ей возможности выбрать адекватное безопасное положение.

> Следует минимизировать ротационные движения и литотомическое положение. Это особенно важно при перекладывании больной после операции.

Рекомендация 4. Обеспечить:

◊ Описание в истории родов неврологического статуса ДО выполнения регионарной анестезии.

◊ Консультация и помощь невролога в соответствующих ситуациях.

Рекомендация 5. Анестезиологи не должны автоматически брать всю ответственность на себя в случае прогрессирования заболевания или проявления новой неврологической патологии после выполнения обезболивания.

Заключение

Связь между эпидуральной анальгезией в родах и хронической болью в спине понятна лишь на словах. Исследования, подтверждающие наличие этой связи, характеризуются существенными недостатками методологии. Несмотря на отсутствие убедительных доказательств, медицинские и немедицинские печатные издания торопятся поддержать предположение о существовании подобной связи.

- ◊ Боли в спине во время беременности имеют широкое распространение.
- ◊ Информировать пациентку, что боли в спине перед родами значительный фактор риска болей в спине после родов, независимо от того выполнялась ли регионарная анестезия.
- ◊ Гормональные факторы провоцируют боли в спине на ранних сроках беременности, а механические - на более поздних.
- ◊ Регионарная анестезия не противопоказана.
- ◊ *Внимание!* Не укладывайте пациентку в положение, в котором ей было некомфортно до выполнения регионарной анестезии.

Литература

1. Crawford J.S. Anaesthesia 1985; 40: 1219–1225.
2. Ferreira C., Gonzalves M., Vicente S., Crisstomo M.R., Oliveira M. The incidence of low back pain after epidural versus non-epidural analgesia //2nd World congress on Regional Anaesthesia and Pain Therapy, Rio de Janeiro, 2006.
3. MacArthur et al. BMJ 1990; 301: 9–12.
4. McQueen & Clark. Anaesthesia 1988; 43: 162–163.