



Какво ще чувствате по време на раждането?

По време на бременността е възможно от време на време да чувствате пристягане на матката (утробата). Това са т. нар. контракции на Бракстън Хикс . Когато започне раждането, това усещане за пристягане става редовно и много по-силно.

Пристягането може да причини болка, която се усеща като менструационна, и обикновено се усилва с напредъка на раждането. Различните жени възприемат родилните болки по различен начин.

Обикновено първото раждане е най-продължителното.

Ако се използват медикаменти за предизвикване или за ускоряване на раждането, контракциите Ви могат да бъдат по-болезнени.

Повечето жени използват разнообразни методи, за да се справят с родилните болки.¹ Добре е да сте непредубедени и гъвкави.

1. Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during childbirth. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence. 2007 RCOG Press, London

Как да се подготвя за раждането?

Предродилните подготвителни курсове ще Ви помогнат да се подготвите за раждането. Тези курсове се ръководят от акушерски и други организации, помагачи на хората по въпроси, свързани с родителството и раждането. Занятията ще Ви помогнат да разберете какво ще се случи по време на раждането и могат да намалят тревожността Ви.

В предродилните курсове акушерката ще Ви обясни какви са възможните пътища за облекчаване на родилните болки. Ако имате нужда от повече информация за епидуралната упойка (инжекция в гърба, която прави безчувствена долната половина на тялото Ви), акушерката може да се погрижи да се срещнете с анестезиолог, за да поговорите за това. Ако не можете да посещавате предродилен курс, все пак ще трябва да попитате акушерката си за средствата, които могат да Ви помогнат да се справите с болката. В такъв случай можете да обсъдите този въпрос с акушерката, която ще се грижи за Вас по време на раждането.

Мястото, на което решите да раждате, може да повлияе на степента на болката. Ако се чувствате добре там, където ще раждате, вероятно ще сте по-спокойна и ще изпитвате по-малко страх от самия процес на раждане.² За някои жени това означава раждане у дома, но други се чувстват уверени при подкрепата, която получават в болница или родилен център. Много болници се опитват да направят родилните стаи уютни и препоръчват да слушате музиката, която харесвате, за да Ви помогнат да се чувствате по-спокойни.

Ако планирате да раждате в болница или родилен център, може да е от полза да ги разгледате предварително, за да разберете какви са съоръженията, с които разполагат.

От полза може да Ви е и приятел или партньор, който да е до Вас по време на раждането.³ Важно е да поговорите с партньора си за притесненията и желанията си, тъй като той може да Ви помогне да се съсредоточите по време на раждането.

2. Waldenstrom U, Nilsson CA. Experience of childbirth in birth center care. A randomised controlled study. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 1994; 73: 547-554.

3. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 3. Article number: CD003766. Date of issue: 10.1002/14651858.CD003766.

Кои прости методи мога да използвам, за да се справя с контракциите?

- Спокойното дишане може да увеличи количеството кислород, който се подава към мускулите Ви и така да намали интензивността на болката. Освен това, фокусирането върху дишането може да отклони вниманието Ви от контракциите.
- Възможно е да Ви бъде трудно да се отпуснете, когато Ви боли, така че би било полезно да се упражнявате преди да настъпи моментът на раждането. Има няколко различни начина, по които можете да се научите да се отпускате.
- Може да откриете, че масажът по време на раждането успокоява и вдъхва увереност.

Как използването на родилен басейн може да Ви помогне по време на раждането?

Изследванията показват, че раждането във вода се възприема като по-малко болезнено и е по-малко вероятно да се наложи епидурална упойка за намаляване на болката.⁴ Има някои опасения, че ако водата е прекалено топла, бебето Ви може да покаже признаци на

безпокойство по време на раждането, но проучванията сочат, че рискът за Вас или бебето Ви при раждане във вода не е по-голям, отколкото ако раждате на сухо. Акушерката ще продължи да следи напредъка Ви и състоянието на Вашето бебе.

Много от родилните отделения имат родилни басейни, но те може да не са на разположение, когато имате нужда от тях. Добре е да се консултирате с Вашата акушерка дали има родилен басейн и дали ще е възможно да го използвате.

4. Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. [DOI:[10.1002/14651858.CD000111.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD000111.pub3)]

Какви допълващи терапии съществуват (тези, които не включват лекарства) и как биха могли да помогнат?

Някои изследвания сочат, че допълващите терапии помагат на жените да се чувстват уверени по време на раждането и да използват по-малко медикаменти за намаляване на болката.⁵ Ако възнамерявате да използвате такъв вид терапии, важно е да получите съвет от лице, обучено в тяхното прилагане. Много малко от родилните отделения предоставят тези услуги на Националната здравна служба, така че ще е необходимо да намерите квалифициран терапевт, преди да отидете да раждате.

- **Ароматерапията** включва използването на концентрирани етерични масла за намаляване на страха, подобряване на общото Ви състояние и на самочувствието Ви.
- **Рефлексотерапията** се основава на идеята, че някои точки по ръцете и краката са свързани с точки от останалата част от тялото. Не познаваме механизма, по който тази терапия се осъществява, но вероятно това става по начин, подобен на акупунктурата (вижте по-долу). Рефлексологът обикновено масажират точки на краката, съответстващи с частите от тялото Ви, които болят по време на раждане.

. **Хипнозата** може да отвлече вниманието Ви от болката. Може да бъдете обучени самостоятелно да извършвате хипноза (автохипноза) и ще трябва да се упражнявате по време на бременността. В противен случай хипнотерапевтът трябва да бъде при Вас, докато раждате.

- **Акупунктурата** включва поставяне на игли в точки по тялото, които да помогнат за намаляване на болката. Терапевтът трябва да е при Вас по време на раждането.

Други терапии включват хомеопатия (с помощта на силно разреждени съставки за намаляване на болката) и билкови лекарства (произведени от растения).

5. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Article number: CD003521. Date of issue: 10.1002/14651858.CD003521.pub2.

Какво е ТЕНС (транскутанна електрическа нервна стимулация)?

- Слаб електрически ток преминава през четири плоски електрода, прикрепени към гърба Ви. Това предизвиква чувство за изтръпване. Имате възможност самостоятелно да контролирате силата на тока.
- Понякога е полезно в началото на раждането, особено при болки в гърба. Ако наемете ТЕНС устройство, можете да започнете да го използвате вкъщи. Някои болници също могат да Ви заемат такова устройство.
- ТЕНС устройствата нямат установени вредни въздействия върху Вашето бебе.

- Макар че можете да управлявате раждането само с помощта на TENS, по-вероятно е да Ви е необходим някакъв друг вид обезболяване на по-късен етап.

Какво е ентонокс (газ и въздух) и как мога да го използвам?

Ентонокс е газ, съставен от 50% азотен оксид и 50% кислород.

Известен е още като **газ и въздух**.

- Ентонокс се вдишва през маска или мундщук.
- Действа бързо и изчерпва действието си за броени минути.
- Понякога може да предизвика замаяване или леко прилошаване.
- Не уврежда бебето и доставя допълнително кислород, което е добре за Вас и бебето.
- Не отстранява напълно болката, но може да помогне.
- Можете да го използвате по време на всеки един етап от раждането.

Вие контролирате количеството ентонокс, **но за постигането на максимален ефект е жизненоважно да уцелите точния момент, когато трябва да вдишате от него**. Трябва да започнетете вдишването на ентонокс веднага щом почувствате настъпваща контракция, така че да се постигне пълно въздействие по време на най-силната болка. Не бива да го използвате в периода между контракциите или за по-продължително време, тъй като може да се почувствате замаяни и изтръпнали. В някои болници към ентонокса

слагат допълнителни вещества, за да се подсили ефектът му, но те могат да Ви доведат до сънливост.

Какво представляват опиоидите (морфин / петидин / диаморфин и др.)?

Опиоидите са болкоуспокояващи и имат сходен механизъм на действие. Опиоидите, които обикновено биват използвани в родилните отделения, включват морфин, петидин и диаморфин (който се използва все по-често в Обединеното кралство).⁷ Изследванията показват, че жените, на които мускулно се инжектира диаморфин, е по-вероятно да бъдат доволни от аналгезията (облекчаването на болката), в сравнение с тези, които са приели петидин.⁸

Примери за други опиоиди са мептазинол, фентанил и ремифентанил.

- Обикновено акушерката Ви инжектира опиоидите в голям мускул на ръката или крака.
- Болкоуспокояващият им ефект често е ограничен. Действието им започва да се чувства след около половин час, а продължителността му може да достигне няколко часа.
- Опиоидите са с по-малка ефективност от ентонокса при обезболяване по време на раждане.
- Въпреки, че болкоуспокояващият им ефект може да е ограничен, някои жени казват, че това ги прави много по-спокойни и по-малко притеснени за болката.⁶
- Други са разочаровани от обезболяващия ефект на опиоидите и твърдят, че се чувстват не толкова уверено.

6. Olofsson C, Ekblom A, Ekman-Ordeberg G, Hjelm A, Irestedt L. Lack of analgesic effect of systemically administered morphine or pethidine on labour pain. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1996;103:968-972.

7. Tuckey JP1, Prout RE, Wee MY Prescribing intramuscular opioids for labour analgesia in consultant-led maternity units: a survey of UK practice. *Int J Obstet Anesth.* 2008 Jan;17(1):3-8. Epub 2007 Nov 5.

8. Wee MYK, Tuckley JP, Thomas P, Bernard S and Jackson D. The IDvIP trial: A two centre double blind randomised controlled trial comparing i.m. diamorphine and i.m. pethidine for labour. *International Journal of Obstetric Anaesthesia.* 2012;21(S1) S15.

Какви са нежеланите странични ефекти на опиоидите (морфин / диаморфин / петидин)?

- Могат да причинят сънливост.
- Могат да предизвикат прилошаване, но като противодействие обикновено ще получите лекарства против повръщане.
- Забавят изпразването на стомаха, което може да бъде проблем, ако се нуждаете от обща анестезия.
- Могат да забавят дишането. Ако това се случи, може да Ви бъде подаден кислород през лицева маска и нивата на кислород да бъдат следени.
- Могат да забавят проплакването и първите дихателни движения на новороденото, но това може да се преодолее с инжекция, която се прави на бебето.
- Могат да предизвикат сънливост у бебето и поради това то да не може да бъде хранено нормално (особено ако са Ви поставили петидин).
- Ако са Ви приложени опиоиди непосредствено преди да се роди бебето, ефектът върху бебето Ви е много малък.

Какво представлява контролирана от пациента интравенозна аналгезия (РСІА)?

За по-бърз ефект, опиоидите могат да бъдат подавани директно във вената с помощта на помпа, която да можете сами да контролирате чрез натискане на бутон, прикрепен към помпата. РСІА се предлага в някои болници, ако не е възможно или не желаете епидурална упойка (инжекция в гърба Ви за обезчувствяване на долната половина на тялото Ви).

РСІА Ви позволява да поемате малки дози опиоиди, когато почувствате, че имате нужда от тях. Вие контролирате използваното количество опиоид. По съображения за безопасност, РСІА следи скоростта, с която приемате опиоида. Въпреки това, ако използвате РСІА по-продължително време, някои опиоиди могат да се натрупат в организма Ви и да увеличат страничните ефекти върху Вас и Вашето бебе.

В някои родилни отделения се предлага РСІА чрез използване на опиоид, наречен ремифентанил^{9,10} Тялото разгражда ремифентанила много бързо, така че действието на всяка доза не е продължително. Този опиоид има силен обезболяващ ефект, но е и по-вероятно да забави дишането Ви, така че то трябва да бъде следено внимателно. При около една на сто жени, използващи РСІА с ремифентанил, е вероятно да се наложи спиране на прилагането му, тъй като дишането се забавя твърде много.¹¹ Рядко се случва дишането да се забави дотолкова, че това да се превърне в сериозен проблем.¹²

РСІА с ремифентанил има много слабо въздействие върху бебето.

9 Volmanen P, Akural E, Raudaskoski T, Ohtonen P, Alahuhta S. Comparison of remifentanil and nitrous oxide in labour analgesia. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 2005; 49: 453-458.

10 Volikas I, Butwick A. Maternal and neonatal side effects of remifentanil PCA. *British Journal of Anaesthesia* 2005; 95: 504-509.

11. Lavand'homme P, Roelants F. Patient-controlled intravenous analgesia as an alternative to epidural analgesia during labor: questioning the use of the short-acting opioid remifentanil. Survey in the French part of Belgium (Wallonia and Brussels). *Acta Anaesthesiologica Belgica* 2009; 60: 75–82

12. Muchatuta NA, Kinsella M. Remifentanil for labour analgesia: time to draw breath? *Anaesthesia* 2013; 68: 231–235.

Какво представляват епидуралните упойки?

Епидуралните упойки са най-сложният метод за облекчаване на болката и се поставят от анестезиолог. Анестезиологът е лекар, който е специално обучен да прилага обезболяващи и медикаменти, които са в състояние да Ви приспят. Обезболяването по време на операции може да бъде осигурено с помощта на обща, епидурална или спинална

анестезия. За повече информация за тези видове упойки при цезарово сечение, прочетете раздела "Цезарово сечение - често задавани въпроси".

Няколко факта за епидуралните упойки:

- Епидуралните упойки са най-ефективният метод за обезболяване.
- При епидурална упойка, анестезиологът вкарва игла в долната част на гърба Ви и я използва, за да постави епидурален катетър (много тънка тръбичка) в близост до нервите в гръбначния Ви стълб. Епидуралният катетър остава на място, когато иглата се извади, така че да може да Ви се дават болкоуспокояващи по време на раждането. Болкоуспокояващото може да бъде локален анестетик, обезчувстващ нервите, малки дози опиоиди или смес от двете.
- Епидуралната упойка може да отнеме 40 минути за постигане на обезболяването (включително времето, необходимо за поставяне в епидуралния катетър и настъпването на ефекта от болкоуспокояващите).
- Епидуралната упойка не бива да причинява сънливост или прилошаване.
- Епидуралната упойка осигурява на акушера възможност за използване на вакуум или форцепс за изваждане на бебето.
- При епидурална упойка обикновено може да се подаде допълнителна доза обезболяващо, ако се наложи използване на вакуум, форцепс или цезарово сечение.
- Епидуралната анестезия няма почти никако въздействие върху бебето.

Какво представляват спиналната и комбинираната спинално-епидурална упойка (CSE)?

Епидуралната упойка обикновено действа доста бавно, особено ако Ви бъде приложена на по-късен етап на раждането. Ако обезболяващите са инжектирани директно в течното пространство около гръбначните

нерви, ефектът настъпва много по-бързо. Това се нарича спинална упойка. За разлика от епидуралната упойка, тя се прилага като еднократна инжекция без употребата на катетър. Ако едновременно се постави и епидурален катетър, това се нарича комбинирана спинално-епидурална упойка .

В някои болници комбинирана спинално-епидурална упойка се прилага на почти всички жени, които желаят силно обезболяване вместо епидурална упойка. В други, комбинираната спинално-епидурална упойка се използва само при малък брой раждащи.

Всеки ли може да получи епидурална анестезия?

Епидурална упойка може да се приложи при повечето хора, но някои заболявания (като спина бифида, предишна операция на гърба или проблеми с кръвосъсирването) могат да превърнат метода в неподходящ за Вас. Най-подходящият момент да се информирате за това е преди раждането. Ако Ви предстои сложно или дълго раждане, Вашата акушерка или акушер-гинеколог може да предположи използване на епидурална упойка, за да помогне на Вас или бебето Ви.

Ако сте с наднормено тегло, епидуралната упойка може да бъде по-трудна, а въвеждането ѝ да отнеме повече време. След като действието ѝ настъпи, можете да се възползвате от всичките ѝ предимства.

Каква е процедурата за поставяне на епидурална упойка?

Първо в една от вените на ръката се поставя канюла (тънка пластмасова тръбичка), като в повечето случаи се поставя и венозна инфузия (интравенозна течност) (възможно е да се нуждаете от венозна инфузия по време на раждане и поради други причини, например за подаване на лекарствен препарат за ускоряване на

родовата дейност или ако сте болна). Вашата акушерка ще Ви помоли да се свиете на една страна или да седнете и да се наведете напред, а Вашият анестезиолог ще почисти гърба Ви с антисептик. Вашият анестезиолог ще инжектира местна упойка в кожата Ви, така че поставянето на епидуралната упойка обикновено не боли много. Епидуралният катетър се поставя във Вашия гръб, в близост до нервите на гръбначния стълб. Вашият анестезиолог трябва да внимава да не прободете обвивката на гръбначно-мозъчната течност, тъй като това може да доведе до главоболие впоследствие. Важно е да стоите неподвижни, докато анестезиологът поставя епидуралната упойка. След фиксиране на епидуралния катетър с тиксо, ще можете свободно да се движите. След като епидуралният катетър бъде поставен, ще Ви дават обезболяващи през него.

След колко време започва да действа епидуралната упойка?

Обикновено са нужни около 20 минути за поставяне на епидуралната упойка и 20 минути, за да започне обезболяващото ѝ действие. Докато епидуралната упойка започне да действа, Вашата акушерка ще измерва редовно кръвното Ви налягане. Вашият анестезиолог вероятно ще провери дали епидуралните обезболяващи действат на правилните нерви, като постави кубче лед или студен спрей на корема и краката Ви и като Ви попита доколко студено го усещате. Понякога епидуралната упойка не действа добре от самото начало и е необходимо Вашият анестезиолог да я регулира или дори да извади епидуралния катетър и да го постави отново.

Какво може да се направи, за да продължи епидуралната упойка да действа, след като е поставена?

По време на раждане можете да получите допълнителни дози обезболяващи през епидуралния катетър като бърза инжекция (зарещдане), като бавен, постоянен поток с помощта на помпа или с помпа за контролирана от пациента епидурална аналгезия (PCEA). С контролираната от пациента епидурална аналгезия можете да си

подавате дози от обезболяващия препарат, когато Ви е необходим чрез натискане на бутон, прикрепен към помпата.

Във всяка болница обикновено се предлага един или два от тези методи за продължаване на действието на епидуралната упойка.

След всяко зареждане на епидуралната упойка, акушерката редовно ще измерва кръвното Ви налягане по същия начин, както при стартирането на епидуралната упойка.

Какво е подвижна епидурална упойка?

При подвижната епидурална упойка болката от раждането е намалена, без пълно обездвижване на долната част на тялото и без чувство на слабост в краката. Епидуралната упойка не може да се дозира точно, така че ако желаете да имате някакви усещания, когато Вашето бебе се роди, има по-голяма вероятност да почувствате и дискомфорт по време на раждането.

Какво влияние ще окаже епидуралната упойка върху моето бебе?

Поставянето на епидурална упойка не би трябвало да повлияе на състоянието на Вашето бебе, когато то се ражда,¹³ всъщност при тази упойка има по-малка вероятност от киселина в кръвта при новородените.¹⁴ Използването на епидурална упойка не затруднява кърменето след това.¹⁵

13. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 4. Номер на статия: CD000331. Дата на издаване: 10.1002/14651858.CD000331.pub2.

14 Reynolds F, Sharma S, Seed PT. Analgesia in labour and funic acid-base balance: a meta-analysis comparing epidural with systemic opioid analgesia. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 2002; 109: 1344-1353.

15. Wilson MJA, MacArthur C, Cooper, GM, Bick D, Moore PAS, Shennan A. Epidural Analgesia and breastfeeding: a randomised controlled trial of epidural techniques with and without fentanyl and a non-epidural comparison group. Anaesthesia 2010 65: 145-153.

Как би могла да се използва епидуралната упойка, за да се чувствам комфортно по време на операция?

Ако е необходимо Цезарово сечение, често се използва епидурална упойка вместо обща анестезия. В епидуралния катетър се инжектира силна местна упойка, за да се премахне чувствителността в долната част на тялото за операцията. Тази упойка е по-безопасна от общата анестезия както за Вас, така и за Вашето бебе. Понякога епидуралната упойка не е достатъчно ефективна при Цезарово сечение. Това се случва при 1 от 20 родилки. Ако това се случи с Вас, може да бъде необходима допълнителна упойка, като спинална упойка или обща анестезия.

Ако е необходимо Цезарово сечение, но не са Ви поставили епидурална упойка, често се използва спинална упойка, но с по-голяма доза местна упойка от дозата, използвана за спинална упойка при нормално раждане.

За повече информация относно епидуралната и спиналната упойка при Цезарово сечение, прочетете раздела „Цезарово сечение - често задавани въпроси“.

Поставянето на епидурална упойка ще увеличи ли вероятността от необходимост от Цезарово сечение или от болки в гърба след това?

Вероятността от необходимост от Цезарово сечение не се увеличава с поставянето на епидурална упойка.

Вероятността от продължителни болки в гърба също не е по-голяма. Болките в гърба са често срещано явление по време на бременността и често продължават след това. Възможно е след поставяне на епидурална упойка да имате по-чувствителен участък на гърба, като тази чувствителност, в редки случаи, може да продължи с месеци, но като цяло епидуралната упойка не е свързана с по-голяма вероятност от продължителни болки в гърба.^{13,16}

13. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 4. Номер на статия: CD000331. Дата на издаване: 10.1002/14651858.CD000331.pub2.

16 Russell R, Dundas R, Reynolds F. Long term backache after childbirth: prospective search for causative factors. British Medical Journal 1996; 312: 1384-1388.

Какви са рисковете при използване на епидурална упойка?

- Възможно е главоболие при една от сто или една от двеста жени, които са използвали епидурална упойка (връзка)
- Постоянното увреждане на нерви е изключително рядко явление при епидуралната упойка (връзка към често задавани въпроси относно увреждане на нерви) - около 1:24 000
- Възможно е епидуралната упойка да не е достатъчно ефективна в намаляването на родилните болки и поради тази причина да се наложи да използвате други начини за обезболяване, като това се случва при 1 от 8 жени.
- Ако сте с епидурална упойка, има по-голяма вероятност от раждане с форцепс.
- Когато сте с епидурална упойка, вторият етап от раждането (когато шийката на матката е напълно разширена) е по-дълъг и има по-голяма вероятност да се нуждаете от лекарствен препарат (окситоцин), който да усилите контракциите Ви.
- Вероятността от ниско кръвно налягане е по-висока.
- Възможно е да чувствате слабост в краката по време на действието на епидуралната упойка.
- Ще изпитвате затруднения при уриниране. Вероятно ще бъде необходимо поставяне на тръбичка в пикочния мехур (уринарен катетър) за оттичане на урината.
- Възможно е да усетите сърбеж.

- Може да вдигнете лека температура.

По какъв начин епидуралната упойка може да ми причини главоболие?

При приблизително 1 от всеки 100 жени, които използват епидурална упойка, епидуралната игла пробощда обвивката на гръбначно-мозъчната течност (това се нарича „пробощдане на дуралния сак“). Ако това се случи на Вас, можете да получите силно главоболие, което може да продължи няколко дни или седмици, ако не се лекува. Ако развиете силно главоболие, Вашият анестезиолог ще Ви посъветва какво лечение да предприемете. (За повече информация, вижте нашата листовка „Какво да направите при пробощдане на дуралния сак“.)

Използвана литература

1. Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during childbirth. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence. 2007 RCOG Press, London.
2. Waldenstrom U, Nilsson CA. Experience of childbirth in birth center care. A randomised controlled study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 1994; 73: 547-554.
3. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 3. Номер на статия: CD003766. Дата на издаване: 10.1002/14651858.CD003766.
4. Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. [DOI:[10.1002/14651858.CD000111.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD000111.pub3)]
5. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Номер на статия: CD003521. Дата на издаване: 10.1002/14651858.CD003521.pub2.
6. Olofsson C, Ekblom A, Ekman-Ordeberg G, Hjelm A, Irestedt L. Lack of analgesic effect of systemically administered morphine or pethidine on labour pain. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1996;103:968-972.
7. Tuckey JP1, Prout RE, Wee MY Prescribing intramuscular opioids for labour analgesia in consultant-led maternity units: a survey of UK practice. *Int J Obstet Anesth.* 2008 Jan;17(1):3-8. Epub 2007 Nov 5.
8. Wee MYK, Tuckley JP, Thomas P, Bernard S and Jackson D. The IDVIP trial: A two centre double blind randomised controlled trial comparing i.m. diamorphine and i.m. pethidine for labour. *International Journal of Obstetric Anaesthesia.* 2012;21(S1) S15.
9. Volmanen P, Akural E, Raudaskoski T, Ohtonen P, Alahuhta S. Comparison of remifentanil and nitrous oxide in labour analgesia. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 2005; 49: 453-458.
10. Volikas I, Butwick A. Maternal and neonatal side effects of remifentanil PCA. *British Journal of Anaesthesia* 2005; 95: 504-509.

11. Lavand'homme P, Roelants F. Patient-controlled intravenous analgesia as an alternative to epidural analgesia during labor: questioning the use of the short-acting opioid remifentanil. Проучване във френската част на Белгия (Валония и Брюксел). *Acta Anaesthesiologica Belgica* 2009; 60: 75-82
12. Muchatuta NA, Kinsella M. Remifentanil for labour analgesia: time to draw breath? *Anaesthesia* 2013; 68: 231–235.
13. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4. Номер на статия: CD000331. Дата на издаване: 10.1002/14651858.CD000331.pub2.
14. Reynolds F, Sharma S, Seed PT. Analgesia in labour and funic acid-base balance: a meta-analysis comparing epidural with systemic opioid analgesia. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2002; 109: 1344-135310A.
15. Wilson MJA, MacArthur C, Cooper, GM, Bick D, Moore PAS, Shennan A. Epidural Analgesia and breastfeeding: a randomised controlled trial of epidural techniques with and without fentanyl and a non-epidural comparison group. *Anaesthesia* 2010 65: 145-153.
16. Russell R, Dundas R, Reynolds F. Long term backache after childbirth: prospective search for causative factors. *British Medical Journal* 1996; 312: 1384-1388.
17. Holdcroft A, Gibberd FB, Hargrove RL, Hawkins DF, Dellaportas CI. Neurological complications associated with pregnancy. *British Journal of Anaesthesia* 1995; 75: 522-526.
18. Jenkins K, Baker AB. Consent and anaesthetic risk. *Anaesthesia* 2003; 58: 962-984.
19. Jenkins JG, Khan MM. Anaesthesia for Caesarean section: a survey in a UK region from 1992 to 2002. *Anaesthesia* 2003; 58: 1114-1118.
20. Jenkins JG. Some immediate serious complications of obstetric epidural analgesia and anaesthesia: a prospective study of 145,550 epidurals. *International Journal of Obstetric Anesthesia* 2005; 14: 37-42.
21. Reynolds F. Infection a complication of neuraxial blockade. *International Journal of Obstetric Anesthesia* 2005; 14: 183-188.

22. Ruppen W, Derry S, McQuay H, Moore RA. Incidence of epidural hematoma, infection, and neurologic injury in obstetric patients with epidural analgesia/anesthesia. *Anesthesiology* 2006; 105: 394-399.
23. Rice I, Wee MYK, Thomson K. Obstetric epidurals and chronic adhesive arachnoiditis. *British Journal of Anaesthesia* 2004; 92: 109-120.
24. Major complications of central neuraxial block: Report on the 3rd National Audit project of the Royal College of anaesthetist. 2009. RCOA

Настоящите „Често задавани въпроси“ са съставени от Подкомитета „Информация за майките“ на Асоциацията на акушер-анестезиолозите.

Съставът на подкомитета включва следните лица.

Д-р Пурва Макани (председател)

Д-р Иън Ренч (секретар)

Г-жа Шахийн Шодри (представител на потребителите)

Д-р Мери Мушамби (консултиращ анестезиолог)

Д-р Клер Канделие (представител на Кралския колеж на акушерите и гинеколозите)

Гейл Джонсън (представител на Кралския колеж на акушерите)

Д-р Хилари Суейлс (консултиращ анестезиолог)

Г-жа Смрити Сингх (член на съвета)

Бихме искали да благодарим на членовете на предишния подкомитет за тяхната работа върху предишните издания.

- На нашата интернет страница можете да откриете информация за анестезията при Цезарово сечение, както и друга информация, заедно с някои преводи и карти с фрази на различни езици.
- Можете да получите информация относно обезболяването при раждането и от интернет страницата на Националния тръст за помощ при раждане на www.nct.org.uk или от интернет страницата на Информационния и ресурсен център на акушерите (MIDIRS) на www.infochoice.org.
- Заедно с Кралския колеж на анестезиолозите, съставихме още информация относно епидуралните упойки, включително публикациите „Главоболие след епидурална или спинална упойка“ и „Увреждане на нерви, свързано със спинална или епидурална инжекция“. Можете да ги изтеглите от www.rcoa.ac.uk/docs/hesa.pdf или www.rcoa.ac.uk/docs/nerve-spinal.pdf.

Секретариат на ООА

Телефон: 020 76318883

Имейл: secretariat@oaa-anaes.ac.uk

Интернет страница: www.labourpains.com

© Асоциация на акушер-анестезиолозите

4то издание, юли 2013 г.

Благодарим на благотворителната организация Translators without Borders за този превод.



Рискове от използване на епидурална или спинална упойка за обезболяване

Вид риск	Честота	Колко често се наблюдава?
Сърбеж	При една от всеки 3 до 10 жени, в зависимост от използвания препарат и доза	Често
Значително спадане на кръвното налягане	При една от всеки 50 жени	Понякога
Недостатъчна ефективност в намаляване на родилните болки и необходимост от използване на други начини за обезболяване	При една от всеки 8 до 10 жени	Често
Недостатъчна ефективност при Цезарово сечение и необходимост от обща анестезия	При една от всеки 20 жени	Понякога
Силно главоболие	При една от всеки 100 жени (при епидурална упойка) При една от всеки 500 жени (при спинална упойка)	Не е често
Увреждане на нерви (участък от крака или стъпалото без чувствителност или слабост в крака)	Временни - при една от всеки 1 000 до 2 000 жени	Доста рядко
Ефекти, които продължават повече от 6 месеца	Постоянни - при една от всеки 24 000 жени	Рядко
Менингит	При една от всеки 100 000 жени	Много рядко
Абсцес (инфекция) в гръбнака на мястото на поставяне на иглата за спинална или епидурална упойка	При една от всеки 50 000 жени	Много рядко
Хематом (кръвен съсирек) в гръбнака на мястото на поставяне на иглата за спинална или епидурална упойка	При една от всеки 168 000 жени	Много рядко
Абсцес или хематом,	При една от всеки 100 000 жени	Много рядко

причиняващ сериозна телесна повреда, в това число парализа (параплегия)		
<p>Случайно инжектиране на голямо количество местна упойка във вена в гръбначния стълб</p> <p>Случайно инжектиране на голямо количество местна упойка в гръбначно-мозъчната течност, което може да причини затруднено дишане и в много редки случаи загуба на съзнание</p>	<p>При една от всеки 100 000 жени</p> <p>При една от всеки 2 000 жени</p>	<p>Много рядко</p> <p>Доста рядко</p>

Наличната информация от публикувани документи не дава точни цифри за всички тези рискове. Цифрите, показани по-горе, са ориентировъчни и могат да се различават в различните болници.