

Epidurālajai anestēzijai plusu vairāk nekā mīnusu

No 2002. gada augusta ikvienās dzemdībās epidurālo anestēziju var saņemt par valsts līdzekļiem, nav arī spēkā konkrētas medicīniskas indikācijas, kuru gadījumā tika piedāvāta valsts apmaksāta epidurālā anestēzija. Tagad sievietē pati var izvēlēties šo anestēziju, bet var arī no tās atteikties.

Epidurālā anestēzija ir visefektīvākā atsāpināšanas metode (to atzīst 90% sieviešu), tomēr, kā jau katrai medikamentozai metodei, tai ir savi plusi un mīnusi, un pirmo noteikti ir vairāk, uzskata Jūrmalas slimnīcas ginekoloģe–dzemdību speciāliste Iveta Iljenkova.

Jūs dzemdībās esat pieņēmusi ne vienu vien bērniņu, tāpēc no pieredzes zināt, kāda ir sieviešu attieksme pret epidurālo anestēziju.

Ir bijis visādi – sievietē pati grib, bet viņas vīrs tam iebilst. Tāpat ir bijušas sievietes, kurām vēl nemaz tik stipri nesāp, bet viņas jau pieprasa atsāpināšanu, sakot: “Es to ņemšu, lai man būtu pozitīva dzemdību pieredze.” Agrāk, kad epidurālo anestēziju valsts apmaksāja tikai pie noteiktām medicīniskām indikācijām, sievietes labprāt to izmantoja un nekādi papildu jautājumi par tās lietderību neradās, jo viņas labi apzinājās, ka ar anestēziju dzemdības būs vieglākas.

Protams, vienai epidurālā anestēzija darbosies labāk, bet otrai ne tik labi, tomēr kopumā tā bieži vien palīdz dzemdību progresam. Manā skatījumā epidurālā anestēzija vērtējama ļoti pozitīvi un lieliski, ka kaut kas tāds vispār eksistē.

Protams, ja sievietē var un vēlas dzemdēt bez atsāpināšanas, viņai ir visas tiesības veikt šādu izvēli.

Kurā brīdī jāsāk domāt par epidurālo anestēziju, un kā notiek tās ievadīšana?

To var pieprasīt jebkurā dzemdību brīdī (protams, ja stacionārs piedāvā šādu pakalpojumu) un sasniegts pietiekams dzemdes kakla atvērums – parasti trīs centimetri. Tomēr, ja sāpes šķiet traucējošas, nav jāgaida nekāds īpašs atvērums. Tas viss ir apspriežams ar dzemdību speciālistu.

Kāpēc pakalpojums var nebūt pieejams? Jo var būt tā, ka stacionārā nemaz nav anesteziologa, kurš var ievadīt anestēziju. Labāk būtu jautājumu par šā speciālista esamību noskaidrot jau iepriekš, veicot dzemdību vietas izvēli.

Pati epidurālā anestēzija ir lokāls nervu blokādes veids, kuras laikā veic dūrienu un medikamentu ievadīšanu muguras apakšējā daļā, tuvu nerviem, kas pārvada dzemdību sāpes. Lai dūrienu varētu veikt, pacientei jāatrodas sēdus stāvoklī, nedaudz jāsaliecas uz priekšu un jācenšas nekustēties. Viņa var atrasties arī guļus stāvoklī. Anesteziologs novērtēs pacientes mugurkaula jostas daļas anatomiju un nolems, kurā vietā veiks dūrienu – parasti to dara starp trešo un ceturto vai starp

ceturto un piekto jostas skriemeli. Iepriekš ādu apstrādā ar antiseptisku šķīdumu, lai nepieļautu infekcijas attīstību, pēc tam plānotajā dūriena vietā ādas un zemādas audus atsāpina ar lidokaīnu caur mazu, tievu adatiņu. Un tikai pēc lidokaīna iedarbošanās anesteziologs veiks dūrienu ar injekcijas adatu, caur kuru mugurkaula kanālā (epidurālajā telpā, kas atrodas starp muguras smadzenēm un mugurkaulāja skriemeļa virsmu) divu līdz četru centimetru dziļumā ievadīs tievu caurulīti jeb epidurālo katetru. Injekcijas adata vairs nav nepieciešama, tāpēc to izvelk laukā, bet katetrs paliks mugurā tik ilgi, kamēr būs nepieciešama epidurāla medikamentu ievadīšana.

Kā notiek atsāpinošo preparātu ievade caur epidurālo katetru?

Pavisam ir trīs veidi, kādos var ievadīt medikamentus.

Tās var būt periodiskas injekcijas, kad pēc pacientes lūguma anestēziju pastiprina vecmāte vai anesteziologs brīdī, kad viņai atkal ir stiprākas sāpes (visbiežāk izmanto Latvijā). Katras devas darbības ilgums ir individuāls, bet parasti ilgst 60–90 minūtes. Var būt arī nepārtraukta anestēzijas ievade, tas nozīmē, ka nav nepieciešama papildu devu ievadīšana, jo medikamenti tiek ievadīti mazas devās nepārtraukti, uzturot nepieciešamo koncentrāciju. Samērā neērts veids, izmanto reti. Trešais veids ir nepārtraukta anestēzijas ievade ar pacientes kontrolētu pumpi (*Easypump*), kur viņa pati, spiežot uz tajā iestrādātu pogu, kontrolē atsāpinašanas procesu. Latvijā pagaidām nav bieži sastopams.

Epidurālā anestēzija sāk iedarboties minūtes līdz divdesmit minūšu laikā. Ja pēc trīsdesmit minūtēm tā joprojām nebūs iedarbojusies, anesteziologs atkārtoti mēģinās ievadīt katetru.

Anesteziologs un dzemdību speciālists vai vecmāte sekos līdz pacientes asinsspiedienam un kardiogrammas (tonīšu) pierakstam, jo epidurālā anestēzija var pazemināt pacientes asinsspiedienu, ko būs nepieciešams koriģēt, citādi tas slikti ietekmēs gan viņu, gan bērniņu.

Svarīgs jautājums – vai māmiņai lietotie medikamenti dzemdību sāpju mazināšanai neietekmēs bērniņu?

Ziniet, par šo jautājumu esmu daudz apspriedusies ar anesteziologiem, un viņi grūtniecēm dod minimālo efektīvo atsāpinošo medikamentu devu. Tāpēc jau to ir nepieciešams vairākkārt papildināt. Par jaundzimušo nav jābaidās. Arī lielākā daļa pētījumu pierāda, ka novērtējums ballēs pēc Apgares skalas (izmanto bērniņa veselības stāvokļa novērtēšanai pēc dzimšanas) un arī asins gāzu analīzes ir līdzīgas ar vai bez epidurālās anestēzijas.

Minimālās medikamentu devas izmantošana neatņem pacientei iespēju kustēties un mainīt pozīciju, bet staigāt, iespējams, nevarēs, jo kājas var tirpt un var būt

nedrošības sajūta. Par tikšanu uz tualeti nav jāuztraucas – ja viņa pati nevarēs uz to aiziet, vecmāte ievadīs urīna katetru un urīns vienkārši noplūdīs.

Epidurālo anestēziju visbiežāk veic ar amīdu grupas anestētiķiem (lidokaīns, bupivakaīns, ropivakaīns u. c.) kombinācijā ar kādu opioīdu grupas medikamentu, bet ir anesteziologi, kuri opioīdus nepielieto nemaz.

Arī pēc dzemdībām epidurālo atsāpināšanu var turpināt izmantot, ja ir nepieciešama plīsumu sašūšana. Katetru atstāj vēl dažas stundas un tad viegli un nesāpīgi izņem laukā un uzlīmē plāksteri injekcijas vietā. Ja dzemdību atrisināšanai būs jāveic ķeizargrieziena, tad caur katetru iespējams papildus ievadīt vairāk pretsāpju medikamentu.

Par metodes mīnusu var uzskatīt izstumšanas fāzes pagarināšanos par veselu stundu.

Dažādos pētījumos ir dažādi dati, tomēr lielākā daļa pierāda to, ka epidurālās anestēzijas izmantošana pagarina izstumšanas fāzi. Tieši šā iemesla dēļ epidurālās anestēzijas kārtējo devu cenšas vairs neievadīt. Brīdī, kad sasniegts pilns dzemdes kakla atvērums un sākas otrais dzemdību jeb izstumšanas periods, daudzi dzemdību speciālisti un vecmātes rekomendē nepastiprināt anestēziju, jo, viņuprāt, tai var būt negatīva ietekme uz turpmāko dzemdību norisi. Tomēr pacientei ir tiesības pieprasīt papildu devu, ja viņa to vēlas. Jāteic, ka dažādos stacionāros rīkojas dažādi un ir tādi, kuros atsāpināšanu dod arī izstumšanas periodā.

Un kā ir ar vēl vienu mīnusu, ka epidurālā anestēzija slikti ietekmēnot zīdīšanu?

Mēs sameklējām 23 pētījumus, kuros tika pētīta zīdīšanas saistība ar epidurālās anestēzijas izmantošanu dzemdībās. Vienā no tiem pierādījās pozitīva korelācija ar zīdīšanu, 10 pētījumos līdzīgi zīdīšanas iznākumi bija pacientēm gar ar anestēziju, gan bez tās un 12 pētījumos bija negatīva korelācija ar zīdīšanu, bet no tiem četros pētījumos nemaz nebija precizēti medikamenti vai to devas.

Pasaules zīdīšanas organizāciju (un arī mūsu) secinājums šajā sakarā ir šāds: epidurālā atsāpināšana ir visefektīvākais veids dzemdībās un bailēm par turpmāko zīdīšanu noteikti nebūtu jāattur no tās izmantošanas. Jā, pētījumos parādās šāda tāda saistība ar vēlāku piena ienākšanu mātei, taču tā noteikti nebūs visām dzemdētajām, turklāt arī tām, kam nav bijusi epidurālā anestēzija vai cita iejaukšanās dzemdību procesā, var būt vēlāka piena ienākšana. Mūsdienās dzemdību stacionāru personāls un ārpus tiem zīdīšanas konsultanti rada iedrošinošu atmosfēru zīdīšanai un palīdzēs tikt galā ar iespējamām zīdīšanas problēmām.

