

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-439-9-14>

COMPONENTS OF PAIN DURING LABOR

KOMPONENTY BÓLU PORODOWEGO

Pylypchuk S. I.

*5th year student of the Medical faculty
Danylo Halytsky Lviv National Medical
University
Lviv, Ukraine*

Pylypchuk S. I.

*Studentka piątego roku kierunku
medycznego
Lwowski Narodowy Uniwersytet
Medyczny im. Danyła Halickiego
Lwów, Ukraina*

Pylypchuk I. S.

*Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor,
Associate Professor at the Department
of Obstetrics and Gynecology
Danylo Halytsky Lviv National Medical
University
Lviv, Ukraine*

Pylypchuk I. S.

*kandydat nauk medycznych, docent,
docent Katedry Położnictwa
i Ginekologii
Lwowski Narodowy Uniwersytet
Medyczny im. Danyła Halickiego
Lwów, Ukraina*

Poród jest jedynym procesem fizjologicznym, któremu często towarzyszy silny ból. Ból porodowy jest subiektywnym odczuciem spowodowanym rozwieraniem się szyjki macicy, rozciąganiem dolnego odcinka macicy, niedokrwieniem mięśniówki macicy, uciskiem płodu na mięśnie dna miednicy i krocza, rozciąganiem pierścienia sromowego i skóry krocza. Dodatkowo ból porodowy nasila strach kobiety przed nieznanym zbliżającym się porodem. Ból porodowy jest jednym z najsilniejszych doznań bólowych. Przewyższają go jedynie kaulgalgia (ból spowodowany uszkodzeniem pnia nerwu) i ból po amputacji [1].

Ciąża i poród są procesami fizjologicznymi, więc można oczekiwać, że poród powinien być bezbolesny. Jednak wiele kobiet doświadcza bólu o różnym stopniu intensywności podczas porodu. Ból jest szczególnie intensywny pod koniec okresu rozwierania szyjki macicy i w okresie porodu płodu. Ból podczas porodu jest negatywnym zjawiskiem, które wyczerpuje siły rodzącej kobiety, pozbawia ją sił woli i czyni bezsilną, prowadzi do nieprawidłowego, nieadekwatnego zachowania, a to z kolei prowadzi do niedotlenienia płodu, śmierci płodu i urazów kanału porodowego [2].

Większość kobiet doświadcza umiarkowanego lub silnego bólu podczas porodu: 6,5–7% kobiet nie doświadcza bólu podczas porodu, co można nazwać pełną naturalną analgezą, 32–33% kobiet doświadcza bólu, ale określa go jako umiarkowany (wskazane są dla nich nielekowe metody

łagodzenia bólu: opieka psychoprofilaktyczna i poród partnerski), 32% kobiet doświadcza silnego bólu, 28% doświadcza bólu nie do zniesienia [3]. Bolesne odczucia pojawiają się w wyniku rozwierania się szyjki macicy, rozciągania dolnego odcinka szyjki macicy, nacisku płodu na dno miednicy i rozciągania skóry okolicy krocza z powodu narodzin płodu. Nasilenie bólu podczas porodu może się różnić w zależności od czynników położniczych, psychologicznych i emocjonalnych.

Istnieją dwie składowe bólu porodowego: trzewny ból porodowy, który wpływa na organy, tj. macicę, oraz ból somatyczny, który wpływa na inne struktury.

Ból trzewny pojawia się w pierwszym okresie porodu, w wyniku postępującego mechanicznego rozwierania szyjki macicy, rozciągania dolnego odcinka macicy i skurczu włókien mięśniowych. Ból trzewny jest przenoszony przez małe, niezmielinizowane włókna C, które wraz z włóknami współczulnymi przechodzą przez splót maciczny, szyjny i podjęzykowy do głównego łańcucha współczulnego. Mediatorami chemicznymi biorącymi udział w przekazywaniu bólu są bradykinina, leukotrieny, prostaglandyny, serotonina, substancja P i kwas mlekowy [4]. Ból ten ma charakter tępy i jest wrażliwy na leki opioidowe.

Ból somatyczny pojawia się pod koniec pierwszego i drugiego okresu porodu w wyniku rozciągania mięśni dna miednicy, krocza i pochwy. Dzieje się tak w wyniku zstępowania płodu, a na tym etapie porodu macica kurczy się bardziej intensywnie, rytmicznie i regularnie. Ból somatyczny jest przenoszony przez małe, mielinizowane, szybko przewodzące włókna delta. Transmisja odbywa się poprzez nerw kulszowy i gałęzie kroczone nerwu skórno-tylnego uda do korzeni nerwowych od S2 do S4. Wszystkie impulsy nerwowe (trzewne i somatyczne) przechodzą do komórek rogu grzbietowego i ostatecznie do mózgu poprzez szlak rdzeniowo-wzgorzowy.

Główne wymagania dotyczące wsparcia anestezyjologicznego w położnictwie to: minimalny supresyjny wpływ leków na płód, brak relaksującego wpływu na mięśnie macicy, brak negatywnego wpływu na układ krzepnięcia krwi. Spełnienie tych warunków zapewniają dwa czynniki: zwiększona wrażliwość kobiety rodzącej na działanie środków znieczulających, co umożliwi stosowanie ich w niskich dawkach, oraz zmniejszenie wrażliwości na ból w ostatnich tygodniach ciąży (ze względu na wzrost stężenia endorfin).

Literatura:

1. Tkachenko R. O. Ból porodowy i jego wpływ na organizm rodzącej kobiety, przebieg porodu i stan płodu. Medyczne aspekty zdrowia kobiet. 2011. № 7(47). C. 41–44.

2. Eisenach J. C. The pain of childbirth and its effect on the mother and the fetus. *Obstetric Anesthesia. Principles and Practice*. Mosby Inc. 2004. P. 288–301.

3. Tkachenko R. O. Predyktory powstawania bólu porodowego i ich znaczenie w praktyce klinicznej. *Zdrowie reprodukcyjne kobiet*. 2007. № 4(33). C. 109–112. Lowe N. K. The nature of labor pain. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2002. Vol. 126. P. 16–24.

4. Bonica J. J. Labour pain. *Textbook of Pain*. New York : Churchill Livingstone, 1989. P. 482–499.