

Из родильного отделения Первомайской больницы, Шуйского района, Ивановской обл. (глав. врач больницы И. В. Тихомиров).

Обезболивание нормальных родов.

А. И. Маклашин.

Мы считаем должным поделиться на страницах печати результатами обезболивания родов в нашем родильном отделении.

Среди акушеров врачей еще имеются спорные вопросы о том, кто должен проводить массовое обезболивание родов, врач или акушерка; какие методы обезболивания родов можно доверить акушеркам и, вообще, как проводить массовое обезболивание родов в тех родильных отделениях, где имеется один—два врача, где нет постоянного дежурства врачей-акушеров.

Начав массовое обезболивание родов с 17 декабря 1935 года, на основании постановления съезда акушеров Ивановской обл., мы решили, что в нашем родильном отделении с двумя врачами массовое обезболивание родов может быть проведено только акушерками, под непосредственным руководством врачей. Мы решили, что акушеркам, после хорошей теоретической и практической подготовки, можно будет доверить обезболивание родов методами Курдиновского, Гватмея, анестезией зон Геда и в своих решениях не ошиблись. Акушерки отделения хорошо усвоили вышеупомянутые методы и начали самостоятельно проводить обезболивание родов, достигая с каждым днем лучших и лучших результатов.

Из общего количества родов 749 на 1 июня 1936 г. нами обезболено 586 (78,1%). Необезболенные роды падали в 16,8% на опоздавших для обезболивания и в 5%—на медицинские противопоказания, которые первое время нами были несколько расширены, а позднее сужены.

Медицинскими противопоказаниями для обезболивания были: декомпенсации сердца, болезни почек, повышение температуры выше 38°, несоответствие головки плода входу в таз, неправильное положение плода.

Многие из акушеров будут уверять, что акушерки точно распознать означенные заболевания не смогут, и выявить противопоказания к обезболиванию родов могут только врачи отделения или врачи женской консультации, где дело с обследованием беременных поставлено на должную высоту.

Вполне соглашаясь с данным мнением, мы все же попытались найти выход из этого затруднительного положения и упростили методы диагностики заболеваний, препятствующих обезболиванию родов, так, чтобы акушерки легко справлялись с этим делом. Так, всякое заболевание почек, являющееся противопоказанием к обезболиванию, по нашему мнению, должно проявляться наличием белка в моче, что акушерки прекрасно улавливают путем простой по технике и точной по выявлению—каже следов белка реакции с сульфосалициловой кислотой. Всякая декомпенсация сердца при беременности должна проявить себя прежде всего отечностью нижних конечностей, и если будет ошибка в диагно-

стике, то за счет небольшого процента беременных с физиологическими отеками. Что касается неправильности таза, неправильного положения плода, повышения температуры, то акушерки в этом хорошо разбирались и раньше, и врачи доверяли им это дело. Во всяком случае каждый заинтересованный заведующий отделением может хорошо доквалифицировать свой персонал.

Переходя к разбору результатов применения различных методов обезболивания, мы хотим остановиться на одном из трудных вопросов—оценке результатов обезболивания. Единства в оценке результатов обезболивания родов еще не имеется, а отсюда у различных авторов, проводящих обезболивание, данные, к сожалению, совпадать не будут. Оценка результатов обезболивания нами проводится на основании данных, полученных иногда кропотливым опросом родильниц, на 3-й день после родов. Мы считаем, что 3-й день—срок для опроса самый удобный, так как в этот срок родильница может дать более или менее точный ответ. Тотчас после родов показания родильниц, радостных от совершившихся родов, бывает очень часто несколько преувеличены по сравнению с тем, чего заслуживает это средство. Позже 3-го дня родильницы часто начинают вообще забывать о родовых муках, а тем более подробности в различные моменты обезболивания.

Результаты обезболивания родов мы разбиваем на 5 групп: 1) результат отрицательный или сомнительный (0% снижения болей), когда снижения болей роженицей не отмечено, когда она затрудняется что-либо сказать по поводу действия обезболивающих средств;

2) слабое снижение болей в обоих периодах (25% снижения болей), когда родовые боли уменьшились менее чем на половину;

3) снижение болей в обоих периодах на половину (50% снижения болей) по заявлению повторнородящих, сравнивающих боли при предыдущих родах с болями при настоящих обезболенных родах, и по заявлению первородящих о том, что боли дома в начале родовой деятельности были сильнее, чем после обезболивания (при этой оценке роженицы должны родить совершенно без крика);

4) снижение родовых болей в обоих периодах больше, чем на половину (75% снижения болей), когда родильницы заявляют, что родили почти без боли или боли в начале родовой деятельности были во много раз сильнее, чем после обезболивания;

5) абсолютное отсутствие болей (100% снижения болей), когда родильницы заявляют, что роды протекали в обоих периодах совершенно без боли, когда роженица родила неожиданно для себя.

Несомненно, и настоящая 5-балльная оценка будет далеко неточной, зависящей от субъективных ощущений женщин, тем не менее мы считаем ее наиболее удобной для характеристики того или иного метода при выборе наиболее эффективного из них.

Прежде чем мы остановились на определенном методе обезболивания родов, мы провели обезболивание способами Курдюновского, анестезией зон Геда и испытали целый ряд придуманных нами комбинаций. Начав обезболивать роды по способу Курдюновского, как наиболее легкому по технике и, на наш взгляд, безопасному в руках акушера (1 cc 1% раствора морфия плюс 3 cc 30% раствора сернокислой магнезии в одном шприце, через 45 минут клизма из 10 г. 10% раствора хлорал-

гидрата в 20 $\frac{2}{2}$. молока, через 45 минут 2-я клизма, и так далее, не более 4 клизм), мы скоро убедились в том, что он не может нас удовлетворить полностью, так как имеет довольно кратковременное обезболивающее действие—в течение трех—четырёх часов, недостаточное для обезболивания более продолжительных родов, требует строго определённого момента для начала своего применения (когда головка вставится, когда интенсивность схваток будет значительно сильной и частота их через 5—6 минут). Мы получали с ним хорошие результаты в 20,6%, результаты ниже удовлетворительных в 27%. Способ Курдиновского ни разу, при самом правильном применении его, не дал абсолютного 100% обезболивания, и дал 8% случаев 0% снижения болей.

Вышеозначенные причины побудили нас искать новые комбинации, усиливающие и удлиняющие обезболивающее действие способа Курдиновского, которые опять таки могли бы быть безопасными в руках акушеров. Перед нами встал вопрос, чем обезболить родовые муки, зачастую довольно сильные, первого периода родов, до момента начала применения способа Курдиновского.

Мы решили дополнить способ Курдиновского и обезболить боли первого периода скополамином в половинной дозе—0,00015 в сладкой воде. Применяли его с начала появления болей, через 6 час. повторяя эту же дозу, если роды продолжались долго. Эта комбинация дала повышение эффективности: роженицы стали проводить время до начала применения способа Курдиновского более спокойно, в очень слабом сонливом состоянии. С комбинацией скополамин плюс Курдиновский мы провели 45 обезболиваний. Она, несколько сдвинув результаты, получаемые от способа Курдиновского, в сторону повышения эффективности, однако не дала 100% обезболивания и не уменьшила процент отрицательных результатов.

Следующей комбинацией была анестезия зон Геда 1/2% раствором новокаина плюс способ Курдиновского. Одно обезболивание родов анестезией передних и задних зон Геда, даже в соединении с морфием, с морфием и скополамином без анестезии N. pudendi или вульварного кольца не давало желаемых результатов. Новокаин обычно действовал в среднем 1—1 1/2 часа, что заставляло бы применять его несколько раз при продолжительных родах, анестезия N. pudendi или вульварного кольца в массовом применении требовало бы постоянного дежурства врача-акушера.

Комбинация анестезии зон Геда плюс способ Курдиновского определённо дала повышение эффективности обезболивания. Нами проведено было 24 случая, среди которых насчитывается 8,3% 100% снижения болей.

Третья комбинация скополамин плюс анестезия зон Геда плюс способ Курдиновского еще более повысила эффективность обезболивания, позволила обезболить роды на протяжении 8—10 часов, что особенно приятно было отмечать у перворожённых.

Нами был использован в единичных случаях для обезболивания и эфир в виде рауш-наркоза с применением морфия вначале. Отзывы родильниц получались, сверх ожидания, всегда хорошие, даже отличные, несмотря на то, что в огромном большинстве случаев первый, да и первая половина второго периода родов протекала с болью, а иногда даже с зна-

чительной. Ясно, что рауш-наркоз, доводя рожениц до стадии амнезии, отнимал у последних память о коротком предыдущем отрезке времени.

Мы попытались давать в некоторых случаях рауш-наркоз в дополнение к вышеописанным комбинациям. Скополамин плюс способ Курдиновского плюс рауш-наркоз, анестезия зон Геда плюс способ Курдиновского плюс рауш-наркоз дали самую наилучшую эффективность из всех нами испытанных способов и комбинаций. К сожалению, комбинации с рауш-наркозом требуют постоянного присутствия дежурного врача-акушера (доверить акушеркам дачу эфирного наркоза мы считаем невозможным), который должен тщательно исследовать у каждой роженицы состояние легких, т. к. тбс, катар бронхов являются сугубым противопоказанием к эфирному наркозу.

В дальнейшем мы испытали комбинацию скополамин плюс морфий плюс эфирная клизма и скополамин плюс анестезия зон Геда плюс морфий плюс эфирная клизма. Эти две комбинации в руках акушерок дали лучшие результаты, исключая вышеозначенные комбинации с рауш-наркозом.

Скополамин плюс морфий плюс эфирная клизма мы пользуемся главным образом у рожениц с повторными скорыми родами, другой же комбинацией—во всех остальных случаях. Прибегая в некоторых случаях к повторной анестезии зон Геда и второй клизме, мы могли продлить обезболивающее действие свыше 16 часов. В некоторых случаях вышеозначенная комбинация целиком проводилась второй раз без всякого вреда для матери и ребенка. Обе комбинации просты по технике, не заставляют выжидать каких-либо моментов. Клизма в большинстве случаев у повторнородящих требовалась одна. Особый эффект с этой комбинацией получается, когда клизма делалась за 2—3 часа до родов, что давало безболезненное прорезывание головки.

Применяя все перечисленные выше комбинации как с хлоралгидратом, так и с эфиром, мы стремились не допускать появления болей, уничтоженных или уменьшенных первым средством, и своевременно, до конца еще действия предыдущего средства, применяли следующее за ним. С этой целью акушерка постоянно вела наблюдение за роженицей, время от времени справляясь, не появилась ли болезненность и где. В тех случаях, где наша последняя комбинация (скополамин плюс анестезия зон Геда плюс морфий и эфирная клизма) применялась правильно, 100% эффект был обеспечен.

Мы приблизительно выяснили сроки действия указанных выше наркотиков. Так, скополамин в применяемой нами дозе может обезболить только слабые боли, главным образом действуя успокаивающим образом на нервную систему. Действия его хватает до 4—5 часов. Анестезия зон Геда имеет продолжительность обезболивания от 1 до 2 часов, клизма с хлорал-гидратом обезболивает до часу и эфирная клизма—до 2—3 часов.

Каких-либо вредных влияний на течение родов мы не наблюдали. В единичных случаях, как будто, отмечалось ослабление родовой деятельности, в других случаях роженицы отмечали ускорение родовой деятельности.

Делать пока какие-либо выводы мы воздержимся, так как продолжительность родов подсчитывалась нами на десятках, а не на сотнях слу-

чаев, кроме того в технике обезболивания бывали погрешности, давшие удлинение родовой деятельности.

Применение наркотиков вредного влияния на роженицу в момент родовой деятельности и в последующие дни не оказывало. Обычно большинство рожениц находилось в полудремотном состоянии, некоторые — в состоянии легкого опьянения. В послеродовом периоде в двух-трех случаях отмечены были легкие поносы в течение 2—3 часов с тенезмами, которые при применении свечей с опиум тотчас исчезали. Все родильницы, как правило, отмечали, что усталость после обезболенных родов отсутствовала, или была значительно меньше, тогда как раньше при необезболенных родах они чувствовали сильную усталость и разбитость. Маточных кровотечений на почве атонии матки и других патологических явлений не отмечалось.

Особо вредного действия на детей применение наркотиков при родах не оказывало. Всего отмечено было на 586 обезболенных родов: асфиксий, преимущественно легких—30 случаев—5,1%; сонливости—11 случаев—1,9%; судорог—2 случая—0,34% и синюшности—4 случая—0,68%. Все перечисленные патологические явления у детей вскоре исчезали бесследно и в последующие дни пребывания детей в родильном отделении каких-либо отклонений от нормы в их состоянии не наблюдалось. Все дети прекрасно и своевременно начинали сосать грудь, процент желтух не увеличился, увеличение падения физиологического веса не наблюдалось.

Всего больше асфиксий мы наблюдали при родах, обезболенных комбинациями с хлоралгидратом, и всего меньше при комбинациях с эфирными клизмами. На 183 родов, обезболенных хлоралгидратом, падало 17 случаев—9,3% и на 220 родов, обезболенных эфирными клизмами—10 случаев—4,5%.

Выводы. 1. Имеющиеся методы обезболивания родов далеко еще не совершенны и требуют дальнейшего своего изучения всеми врачами акушерами.

2. При изыскании новых более эффективных методов обезболивания родов, надо помнить, что в СССР массовое обезболивание родов пока будет проводиться главным образом акушерками, для чего методы должны быть просты по технике, безопасны для матери, ребенка и течения родов.

3. Нам кажется, что наша комбинация—скополамин плюс анестезия зон Геда плюс морфий плюс эфирные масляные клизмы—может претендовать на эти условия, так как дает действительно хорошие результаты, проста по технике, безопасна во всех отношениях для матери и ребенка и может легко проводиться акушерками под руководством врачей.

4. Мы предлагаем испытать нашу комбинацию в своей работе и поделиться своими впечатлениями о ней. Коротенько прилагаем схему применения нашей комбинации.

Период раскрытия. С появлением первых родовых болей, фиксирующих внимание рожениц, дается скополамин 0,00015 в сладкой воде. С появлением чувствительности в животе, пояснице применяется анестезия передних и задних зон Геда. Спереди вливают под кожу 100 г полпроцентного раствора новокаина, сзади по бокам ромба Михаэлиса по 30 г. При малейшем возникновении новых болей применяют под-

можно Sol. morphii mur. 1% 1 г в смеси с 30% раствором сернокислой магнезии—3,0. При слабой эффективности вышеозначенных наркотиков через 3 часа после первой дозы скополамина можно дать еще скополамин. В конце первого периода, открытия шейки на 2—3 пальца дается эфирная клизма—Spir. vini rectific. 20,0

Aether pro narcosi 30,0

Ol. Helianthi 50,0

(при отсутствии эфира для наркоза с успехом применяли простой эфир). Через 2—3 часа дается вторая клизма в той же дозе с тем расчетом, чтобы она не совпала с потугами. При необходимости можно применить третью клизму в половинной дозе.

Из гинекологического отделения (зав. отделен. Б. Н. Васильев)
М. Узлов. б-цы Курской желез. дороги (нач. больницы Т. А. Баклан).

Кокаинизация носа, как метод обезболивания в акушерстве и гинекологии.

Ф. Г. Столыпин.

Клиническими наблюдениями и экспериментальными работами с несомненностью установлено наличие связи носа с половой сферой и возможность влияния на половую сферу из носа (Fliess, Siegmund, Koblanck, Schiff, Opitz, Lehman, Ephraim, Kraemer, Malhebre, Nurmman, Mackenzie, Воячек, Столыпин, Малютин, Цитович и друг.).

Большое количество работ по этому вопросу по-разному объясняет взаимную связь между столь отдаленными анатомически органами, как нос и половая сфера.

Наши собственные наблюдения, опубликованные в 1926 году в „Вестнике рино-ларинго-отитрии“ № 4—5, также подтвердили наличие связи носа с половой сферой. Мы получили хорошие результаты от лечения прижиганиями трихлоруксусной кислотой и удалением припухлостей нижних носовых раковин и носовой перегородки в тяжелых случаях полового извращения и дисменорей.

Fliess, впервые применивший кокаинизацию носа для облегчения родовых болей, получил хорошие результаты. Ierusalem и Falkner отмечают благоприятные результаты кокаинизации носа в смысле уменьшения родовых болей у тех женщин, которые раньше страдали дисменореей. Falkner отмечает, что кокаинизация дает эффект в первом периоде родов, в периоде же изгнания не оказывает заметного действия.

Выводы целого ряда авторов, получивших благоприятный эффект от кокаинизации носа с целью уменьшения родовых болей, дали нам основание применить метод кокаинизации носа при операциях искусственного аборта.

Методика применяемого нами способа обезболивания отличается чрезвычайной простотой и не требует большой затраты времени. Она состоит в том, что перед операцией, на операционном кресле, в нос женщине вкладываются два ватных шарика, смоченных 20% раствором кокаина с адреналином (последний тормозит всасывание и усиливает действие