

Из акушерского отделения Старо-Челнинской больницы (Татреспублика).

К вопросу об обезболивании родов.

(Предварительное сообщение).

А. А. Шкляев.

Еще в 1935 году мы начали применять способы обезбоживания родов, частично опубликованные в центральной печати, частично слышанные в докладах. С начала 1936 года мы проводили обезбоживание родов по способу проф. Лурье и новокаиновый способ по зонам Геда. От применения новокаинового способа по зонам мы не получили удовлетворительных результатов. Этот способ не имеет и достаточного анатомо-физиологического объяснения принципа обезбоживания родов.

В своих исканиях мы применили так называемый парамускулоректальный способ обезбоживания родов, сущность которого в основном заключается во введении во влагалище обеих прямых мышц живота раствора новокаина. Изучение этого способа основано на следующих принципах:

а) свести на-нет внутреннее исследование роженицы, применяемое при большинстве существующих методов обезбоживания;

б) сделать этот способ общедоступным, массовым и одновременно достичь обезбоживания родов в таких дозах обезбоживающих средств, которые не оказывали бы вредного действия на мать и ребенка.

Наш материал обнимает 95 случаев обезбоживания родов, произведенных по указанному способу в условиях участковой больницы.

Методика этого способа сводится к следующему:

1. При начальных схватках, независимо от степени раскрытия зева, роженица получает *per vaginam* 2 свечи (одномоментно) по 0,015 *Extr. Belladonnae*.

Казалось бы на первый взгляд парадоксальным, что слизистая оболочка влагалища с многослойным эпителием более пригодна для всасывания вводимого ингредиента, чем слизистая прямой кишки. Однако наша практика показывает, что схватки обезбоживаются лучше при введении суппозиторий во влагалище, чем при обычном ректальном их введении. Могущее встретиться возражение о возможности при таком способе введения свеч занесения инфекции мы считаем не внушающим опасения, так как обычно свечи вводятся еще при целом пузыре, а, во-вторых, полагаем, что эта манипуляция должна производиться с соблюдением правил асептики.

2. Когда схватки чередуются с интервалом в 10 минут, вводится подкожно *Sol. Morphii muriat.* 1%—1 куб. с. В некоторых случаях, что бывает очень редко, а у невротичек обязательно, при исчезновении действия морфия подкожно вводится 3 куб. см 50% раствора *Magnes. sulfurici*.

3. Когда схватки установились с интервалом в 5—7 мин., во влагалище *m. recti* с обеих сторон вводится *Sol. Novocaini* $\frac{1}{4}$ % по 50 куб. см с каждой стороны. Техника введения раствора такова: на уровне пупка, отступя на 2 пальца от средней линии, делаем кожный желвак. Последовательно проходим иглой кожу, подкожный жировой слой, и игла встречает сопротивление переднего листка влагалища *m. recti*. Незначительное движение иглы внутрь, и легкое поступление раствора из шприца указывает на то, что конец иглы находится во влагалище прямых мышц.

4. К моменту прорезывания головки, в целях анестезии п. pudendi делаем промежуточную анестезию Sol. Novocaini $\frac{1}{4}\%$ по 10 куб. см с обеих сторон от anus'a, предварительно сделавши кожный желвак. Этот вид анестезии мы охотно применяем, особенно у первородящих. Он дает возможность заблаговременно иметь анестезию или на случай разрыва промежности, или для производства безболезненной реліеpestomі'и в случаях угрожающего разрыва, или главным образом для безболезненного зашивания разрыва промежности, что без анестезии для роженицы является более тягостным событием, чем роды. У всех первородящих при применении промежуточной анестезии мы не видели ни одного случая разрыва промежности, так как сама анестезия дает уже возможность урегулировать бурно-протекающую родовую деятельность.

При применении нашего способа обезболивания мы исходили из следующего понимания анатомо-физиологических особенностей родового акта. В момент схваток, когда матка „встает на дыбы“, наибольшую болезненность дают растяжения брюшины, кожи, m. recti и других образований передней брюшной стенки, а также растяжение корешков XII пары nn. intercostalium, вызывающие „тяпающие“ резкие боли в пояснице.

XII пара межреберных нервов иннервирует прямые и косые мышцы живота, поперечную и часть спинных мышц. От этой пары нервов мы имеем г.г. peritoneales, снабжающие париетальную брюшину передней брюшной стенки, а также г.г. subcutanei, снабжающие кожу брюшной стенки. Следовательно, наша задача заключается в обезболивании, блокировании рефлекторной дуги, передающей болевые ощущения к центральной нервной системе, в месте наиболее благоприятном для анестезии этих нервов и их веточек. Таким местом является влагалище m. recti.

Вливая Sol. Novocaini в сравнительно незначительном количестве (100 куб. см) во влагалище m. recti, мы получаем то, что сама мышца, как бы, плавает в растворе, и новокаин блокирует болевые ощущения по главному стволу XII пары межреберных нервов. Веточки к париетальной брюшине, апоневротическим листкам и коже живота—анестезируются на месте. Кроме того, а этого нельзя не мыслить, новокаин через задний листок влагалища m. recti, путем осмоса, анестезирует предбрюшинную клетчатку и париетальную брюшину.

Впечатление, которое мы получили от этого способа обезболивания, весьма ободряющее. Все женщины, подвергнувшиеся обезболиванию, главным образом повторнородившие, выразили величайшее удовлетворение. В двух случаях пришлось применить ручное отделение последа, без добавления наркоза, и эта довольно болезненная операция прошла совершенно безболезненно.

Способ наш прост, дает нам возможность широко применять его, причем после предварительного всестороннего изучения врачом роженицы, проведение обезболивания может быть доверено и акушерке.

Противопоказаний к применению нашего способа мы пока не нашли. Он был применен нами и в случаях острого туберкулеза легких и при субкомпенсированном пороке сердца.

Делая сообщение о данном методе обезболивания родов без окончательных выводов, мы имеем в виду дать его на проверку широким массам врачей с целью дальнейшего изучения и уточнения.