

Из акушерско-гинекологической клиники Ижевского гос. мед. института  
(зав. проф. Н. Н. Чукалов).

## Материалы к обезболиванию родов путем блокирования пудендалных нервов.

### 3. И. Замятина.

Разработка методов, отвечающих требованиям массового обезбоживания родов, стоит в порядке дня.

К методу массового обезбоживания родов мы должны предъявлять следующие требования: 1) безопасность для матери и плода, 2) простота техники применения, 3) достаточная эффективность действия, 4) применяемые медикаменты не должны относиться к сильнодействующим.

Обезболивание всего родового акта, начиная от первых схваток периода раскрытия до последних мучительных потуг периода изгнания, до сих пор представляет собой важнейшую, нерешенную еще окончательно проблему современной акушерской науки.

Обезболивание второго периода родов, периода изгнания, отличающегося как известно, своей относительной кратковременностью, представляется наиболее доступным и наиболее эффективным.

Целью настоящей работы было выявить эффективность пудендалной анестезии для второго периода родов—периода изгнания, путем блокады пудендалных нервов раствором новокаина.

Как известно, наружные половые органы иннервируются не только N. pudendus, но и N. cutaneus femoris posterior и N. ilioinguinalis и, казалось бы, для полной анестезии необходимо блокировать эти 3 нерва. Однако, опыт показывает, что в значительном проценте случаев достаточно анестезии лишь сплетений срамного нерва, чтобы достичь обезбоживания почти всего второго периода родов.

Впервые Ильмер, а затем Зельгейм доказали, что хороших результатов можно достигнуть анестезией N. pudendi, который блокируется на месте перехода из Foramen ischiadicum minor в cavum ischiorectale, причем точного попадания в вышеуказанный нерв не требуется, так как, во-первых, нерв непосредственно сопровождают сосуды, а во-вторых, по вступлении своем в cavum ischiorectale он распадается на ряд ветвей.

По имеющейся в нашем распоряжении литературе означенная анестезия с целью обезбоживания родов производилась Либензоном, причем полученные результаты на 71 случае были следующие: положительных—46,5%, слабо-положительных—26,75%, отрицательных—26,75%.

Проф. Жмакин на 50 комбинированных случаях получил следующие результаты: положительных—27,4%, удовлетворительных—61,7%, отрицательных—10,9%, причем блокирование пуден-

дальних нервов Жмакин комбинировал с назначением других обезболивающих средств.

Техника нашей анестезии следующая. Роженица укладывается как для операции на наружных гениталиях, и после тщательного туалета вульвы (сулема, спирт, иод), ягодиц и верхней трети бедер, мы приступаем к введению в *sacrum ischiorectale* свежеприготовленного  $\frac{1}{4}\%$  раствора новокаина.

Отступив на 2 см в сторону от середины линии, соединяющей заднюю спайку половых губ и anus, продольной инъекцией параллельно большой половой губе мы вводим шприцем с обыкновенной иглой на глубину 2 см—20 куб. см вышеуказанного  $\frac{1}{4}\%$  раствора новокаина, а затем вкалываем более длинную иглу (6—8 см) по середине линии, соединяющей *Tuber ischii* с серединой задней комиссуры половых губ и погружаем иглу в *sacrum ischiorectale* на глубину в среднем 6—7 см по направлению к седалищному бугру и, таким образом, вводим 60 куб. см анестезирующего вышеуказанного раствора, перемещая конец иглы в разных направлениях, соответственно с веерообразным направлением нервных веток *N. pudendi*. То же самое проделываем и с другой стороны. Всего берется анестезирующего раствора  $\frac{1}{4}\%$  новокаина в среднем 120 куб. см.

Необходимо отметить, что при погружении иглы в ткани надо нажимать на поршень шприца, чтобы анестезирующий раствор выделялся впереди иглы, эта предосторожность особенно необходима в этой так богато васкуляризированной области.

Нами произведена пудендальная анестезия у 100 рожениц.

К анестезии мы приступали у первородящих при открытии зева на 4 поперечных пальца или близко к полному открытию, у повторнородящих—на 3—3,5 поперечных пальца при сглаженной шейке (прямокишечное исследование).

По возрасту роженицы распределяются следующим образом: до 20 лет—9%, от 20 до 25 лет—46%, от 25 до 30 лет—29%, от 30 до 35 лет—11%, от 35 до 40 лет—4%, свыше 40 лет—1%.

По количеству предшествующих родов: первородящих—42%, повторнородящих—23%, многорожавших—35%.

Как мы определяли объективно наступление обезболивания?

Расценивать боли только по наружному поведению больной не приходится: одни пациентки во время родов терпеливо переносят очень сильные боли, другие не переносят и малейших болей.

Главное значение мы придавали показаниям родильницы, которые получали от нее путем индивидуальной беседы в послеродовом периоде.

1. Положительный результат мы отмечали, когда родильница утверждала, что ей *совершенно не было больно*, но чувствовала позыв на низ.

2. Близко к положительному результату мы отмечали, когда родильница утверждала, что ей *почти не было больно*, что состояние болей совершенно нельзя сравнить до и после произведенной анестезии.

3. Если роженица указывала, что боли стали *слабее*, но все же было больно, мы отмечали слабо-положительный результат.

4. Если анестезия не давала *никаких* результатов, мы такие случаи относили в графу отрицательных.

Результаты обезболивания по методу блокировки пудендальных нервов на нашем материале таковы:

Положительные и близко к положительному результаты—63%, слабо-положительные—27%, отрицательные—10%.

Средняя продолжительность действия анестезии была не менее 2 часов и, как единичные случаи, от 3 до 8 часов.

Слабо-положительный результат обезболивания и отрицательный мы объясняем отчасти и тем, что в некоторых случаях роды наступали ранее 10—15 м. от начала анестезии (4%), в других же случаях родоразрешение последовало за пределами срока действия новокаина (15%). Возможно, что в некоторых случаях мы вводили анестезирующий раствор преждевременно.

Для успеха обезболивания родов очень важное значение имеет также предварительная подготовка беременных женщин в консультациях и обстановка, созданная в родильном отделении (как-то: отдельный родильный зал для обезболенных, ограждение родильниц от слуховых раздражителей). Недооценка этих моментов весьма резко снижает эффективность мероприятий по обезболиванию родов.

Как одно из сопутствующих осложнений пудендальной анестезии мы должны отметить:

1. Не имеющее практического значения временное ослабление родовой деятельности. На нашем материале это имело место в 3% случаев.

2. Кратковременная остановка родовой деятельности в 3% случаев (1-й случай: прекращение на 3 ч. 40 мин. у первородящей при открытии зева на 4 пальца, 2-й случай: прекращение на 35 мин. у первородящей при почти полном открытии шейки, 3-й случай: схватки прекратились на 5 час. у первородящей).

3. Незначительный отек половых органов в 3% случаев.

4. Гематома (1%) в месте вкола, очень незначительная с одной стороны.

Из оперативных пособий, понадобившихся при пудендальной анестезии, было *abrasio cavi uteri* в 1% у первородящей, послед отошел самостоятельно, рыхлый и рваный. Считаю, что связывать данное патологическое явление с пудендальной анестезией нет оснований.

Разрывы промежности при данной анестезии встретились в 10% случаев (7% у первородящих и 3% у повторнородящих), что не выходит из пределов нормы.

Общая продолжительность родов при пудендальной анестезии на нашем материале такова: у первородящих—16 ч. 55 м., у повторнородящих—9 ч. 56 м.

Если взять роды по периодам, то мы получаем: 1-й период родов: у первородящих—15 ч. 14 м., у повторнородящих—

8 ч. 41 м., 2-й период родов: у первородящих—0 ч. 52 м., у повторнородящих—0 ч. 23 м., 3-й период родов: у первородящих—0 ч. 49 м., у повторнородящих—0 ч. 52 м.<sup>1)</sup>.

Потеря крови при пудендальной анестезии была в послеродовом периоде на нашем материале в пределах нормы за исключением 1% случаев (800 куб. см у первородящей).

Послед отходил во всех случаях самостоятельно. Послеродовой период протекал нормально.

Мертворождений не было. Асфиксия синюшная отмечена в 2% случаев, в одном случае обвитие пуповины вокруг шейки плода—1 раз, во втором случае—6 раз.

Все дети рождались с громким криком, были активные, подвижные, в последующем хорошо сосали. Общее состояние детей в момент родов, тотчас после родов и в послеродовом периоде до выписки от нормы не отклонялось.

**Выводы:** 1. Обезболивание родов при помощи блокировки пудендальных нервов безопасно для матери и ребенка.

2. Только в одной трети случаев метод изолированной блокады пудендальных нервов оказывается недостаточно эффективным.

3. Принимая во внимание общие хорошие результаты метода блокады пудендальных нервов, выражающиеся в достижении почти полного обезболивания в 63% случаев (как для первородящих, так и для повторнородящих), мы можем рекомендовать ознaченный метод обезболивания для второго периода родов.

Поступила 27/II 1937.

---

Из акушерско-гинекологической клиники Ижевского мед. института  
(зав. проф. Н. Н. Чукалов).

## **К вопросу о методах обезболивания при операциях искусственного аборта.**

**А. А. Калинкина.**

Вопросам обезболивания при операциях аборта посвящено много работ, и выработан уже ряд практических методов обезболивания.

Рекомендованные некоторыми авторами (Брауде, Какушкин) методы общего наркоза при операции искусственного аборта могут быть нередко прямо противопоказанными, например, в связи с тяжелыми заболеваниями сердечно-сосудистой системы и т. п.

Опасности общего, в особенности хлороформного наркоза, хорошо известны и остаются налицо, как бы операция в отдельных случаях ни была кратковременна.

Среди других способов обезболивания при операции искусственного аборта нам известны: параметральная анестезия по

---

<sup>1)</sup> Вообще в нашей клинике принят выжидательный метод ведения 3-го периода родов, метод Кредэ применяется только по показаниям.