

## Клиническая и теоретическая медицина

---

Из акушерско-гинекологической клиники (директор проф. П. В. Маненков)  
Казанского госуд. медицинского института.

### Местное обезболивание по Вишневскому при родах.

И. С. Колбасов.

Местная анестезия применяется для обезболивания нормальных родов в различных модификациях. Проводя обезболивание родов, я придерживался метода, предложенного профессором А. В. Вишневским.

Последний разделяет свой метод на два этапа. Первый этап начинается со второй половины периода открытия, когда анестезирующий раствор вводится в участки отраженных болей на коже.

Прежде чем приступить к введению раствора, при 2½—3-х пальцах открытия, предварительно, путем расспроса роженицы, определяются наиболее болезненные места передней брюшной стенки и крестцово-поясничной области. Обычно спереди эти места располагаются между пупком и лобком с различным распространением по бокам от средней линии. Сзади наиболее болезненные места совпадают с ромбом Михаэлиса.

После соответствующей обработки кожи спиртом и иодом, кожные зоны, «отраженных» болей анестезируются в виде ромба из двух уколов на передне-боковых поверхностях живота. Кроме этих двух уколов Вишневский анестезирует также в виде ромба пояснично-крестцовую область и делает два укола в боковых отделах поясничной области. Последние два укола делаются только в тех случаях, когда у роженицы боли имеют опоясывающий характер.

В каждом из указанных мест уколов тонкой иглой двухграммового шприца делается сначала кожный желвак. Затем длинной тонкой иглой десятиграммового шприца прокальвают кожный желвак и, предпуская инъецируемый раствор, продвигают иглу близко под кожей. Таким образом из двух уколов, в виде ромба, анестезируется кожа передней брюшной стенки ниже пупка,

области ромба Michaelis'a и боковых стенок живота. На все это расходуется 350 куб. см анестезирующего раствора, приготовленного по следующей прописи:

Rp. NaCl—5,0, KCl—0,075, CaCl<sub>2</sub>—0,125, Aq. destill. 1000,0.  
Novocaini 2,5.

С наступлением периода изгнания Вишневский предлагает переходить ко второму этапу обезболивания, при котором тем же анестезирующим раствором непосредственно обрабатываются травмируемые родовым процессом нервы в следующем порядке:

1) двумя уколами, сделанными на четыре пальца выше симфиза и столько же кнаружи по обеим сторонам от средней линии, длинной иглой анестезируют переднюю половину больших половых губ; 2) оставляя роженицу на спине с разведенными бедрами, делают еще два укола пальца на три кпереди и кнаружи от anus'a соответственно ischiorectal'ной ямке, и вводят сюда раствор по 40 куб. см с каждой стороны. Игла проводится в мягкие ткани на 3—4 см, причем ей придается направление к задним концам больших срамных губ.

В некоторых случаях для полноты анестезии автор рекомендует свою копчиковую анестезию, которая заключается в том, что в боковом положении роженицы, нащупав верхушку копчика, через предварительный кожный желвак продвигают иголку по направлению передней поверхности крестца, но не глубже верхушки копчика, и сюда вливают 40 куб. см анестезирующего раствора. Для обоих этапов анестезии Вишневский рекомендует ориентироваться на 400—450 куб. см, как предельную дозу.

Придерживаясь такого метода анестезии, я провел обезбоживание 35 нормальных родов, из них 15 у первородящих, 20 у повторнородящих. Для обезбоживания выбирались роженицы с сильно выраженными родовыми болями. В большинстве случаев обезбоживание начиналось в конце первого периода родов.

Оценка эффективности обезбоживания производилась на основании опроса рожениц и по их общему поведению во время родов. Анестезирующий раствор применялся холодный без подогревания его перед употреблением. Шприц и иглы каждый раз кипятились, места уколов заклеивались коллодием.

В наших случаях обезбоживание дало следующие результаты: 1) полное обезбоживание наступило в 6 случаях; 2) уменьшение болей в 26 случаях; 3) эффекта не было в трех случаях.

Из трех случаев с отрицательным результатом в одном обезбоживание по Вишневскому было применено после безуспешного обезбоживания по способу Лурье (Pantopon 1%—1,0+Sol. Magn. sulf. 30%—3,0, внутрь смесь с хлоралгидратом—15,0 и Veronal—0.5) В двух же остальных случаях анестезирующий раствор был несвежего приготовления (получен из аптеки несколько дней тому назад).

В случаях с положительным результатом обезбоживания уменьшение болей наступало быстро, через 1—2 схватки, и анестезия держалась 4—5<sup>1</sup>/<sub>2</sub> часов.

Наблюдая за обезболиванием непосредственно у родильного стола, не отходя от роженицы, от начала обезболивания до конца родов, я получил самое благоприятное впечатление от способа обезболивания по Вишневскому. Однако не все роженицы охотно соглашались на обезболивание посредством уколов. Скробанский считает даже, что производство многочисленных глубоких и болезненных уколов едва ли может найти себе применение при нормальных родах. Мне неоднократно приходилось слышать отказ от обезболивания путем инфильтрационной анестезии рожениц, заявлявших, что они боятся уколов, что от уколов еще больше будет боль. И только тогда, когда родовые боли усиливались и переходили порог терпимости, роженицы соглашались на обезболивание путем местной анестезии.

Несомненно, что причиной протеста некоторых рожениц против этого вида обезболивания является известное предубеждение против всякого вида уколов. Однако болезненность при уколах, производимых с целью обезболивания родов, ограничивается только первым поверхностным уколом. Она по сравнению с теми болями, которые женщина испытывает во время родов, ничтожна и ни в коем случае не может служить препятствием на пути массового распространения этого вида акушерского обезболивания. Тем более, что местная анестезия не нарушает динамики хода родового акта. Схватки не ослабляются и не замедляются, а в некоторых случаях, наоборот, отмечается удлинение их и заметное укорочение пауз между ними. Период изгнания при этом ускоряется, вследствие расслабления мышц тазового дна, в связи с исчезновением болевых ощущений у роженицы.

Неблагоприятного влияния на плод данный способ обезболивания не оказывает. Сердцебиение плода во время обезболивания не изменялось. Все дети родились живыми, активными, с громким криком. Случаев асфиксии не было. Развитие этих новорожденных за время пребывания их в клинике не нарушалось. Никаких уклонений со стороны их общего состояния не отмечалось.

Наконец, обезболивание по методу Вишневского нисколько не отражалось и на общем состоянии роженицы. Ни со стороны пульса, ни со стороны дыхания никаких изменений не отмечалось. Во всех наших случаях послеродовый период проходил без отклонений от нормы.

Если учесть, далее, предположение Вишневского о том, что местная анестезия играет большую роль в профилактике послеродовых заболеваний, особенно септического характера, то все это, вместе взятое, является достаточным основанием к тому, чтобы признать, что местное обезболивание по Вишневскому не только может, но и должно найти себе применение при массовом обезболивании родов. И наша клиника, испробовавшая уже не один способ обезболивания родов, перешла сейчас исключительно на обезболивание по способу Вишневского.

Основные выводы из наших наблюдений следующие:

1. Метод местной анестезии по Вишневскому при родах дает прекрасный результат без всякого вреда для матери или для плода.

Ни в одном случае применения скопана мы не наблюдали изменений в состоянии плода, которое требовало бы немедленного родоразрешения. В дальнейшем новорожденные не теряли в весе больше обычного. Желтуха новорожденных на 200 детей наблюдалась в 28 случаях (14%) I степени и в 3 (1,5%) случаях II степени. По Гентеру желтуха новорожденных встречается до 88%. В одном случае имелась кефалогематома у ребенка первородящей; роды продолжались 33 ч. 30 мин., из них без вод 5 часов. Все дети выписаны в хорошем состоянии.

На основании нашего немногочисленного материала можно прийти к заключению, что скопан является таким средством, которое в 58% случаев дает хороший обезболивающий эффект, не проявляет особого вреда в отношении плода и матери, хотя в последовом периоде несколько увеличивает потерю крови.

*Литература:* 1. Бабенков, А. и гин., № 9, 1936.—2. Липманович и Рождественская, А. и гин., № 12, 1937.—3. Проф. Скробанский, Сов. медицина, № 8, 1937.—4. Проф. Кватер, там же.—5. Проф. Николаев, Обезболивание родов (Труды II конференции акушеров-гинекологов Донецкой области) под редакцией проф. Жмакина. 1936.—6. Проф. Илькевич, Проблемы теоретической и практической медицины. Сборник № 4. Поступила в ред. 5.IV. 1938.

Из акушерско-гинекологической клиники (директор проф. П. В. Маненков) Каз. гос. мед. института.

## К вопросу о циклических изменениях влагалищного эпителия.

Доц. Х. Х. Мещеряв.

Циклические изменения слизистой оболочки матки и связь этих изменений с овариальной функцией, установленные выдающимися работами Гичмана и Адлера, побудили многих ученых произвести клинические и экспериментальные исследования в надежде обнаружить подобные изменения как в других органах половой сферы, так и вне ее. Вскоре появились работы, указывающие на циклические изменения слизистой фаллопиевых труб, в грудных железах и других органах.

Мы коснемся лишь изменений в слизистой оболочке влагалища в связи с менструальным циклом; тема была предложена мне для разработки покойным проф. В. С. Груздевым. Цондек и Ашгейм описали как биологические, так и гистологические изменения слизистой влагалища у белых мышей, крыс и свинок. Указанные авторы также установили закономерность этих изменений соответственно различным стадиям течки. Ими обнаружено, что в стадии покоя слой эпителия влагалища бывает наиболее тонким, перед течкой он утолщается с тем, чтобы во время oestrus постепенно истончиться. Характерные гистологические изменения имеются в строении вагинального эпителия у грызунов, состоящие в том, что эпителий перед течкой разделяется на 3 слоя: поверхностный, состоящий из не-