

М. С. НАЙДИЧ, И. И. КАГАНОВИЧ и Е. И. БЕЛЯЕВ

Обезболивание родов посредством анестезии срамных нервов

Из акушерско-гинекологической клиники (директор проф. Е. И. Кватер) сан.-гиг. факультета I Московского мед. ин-та

Анестезия п. п. pudendorum, впервые введенная Ильмаром в 1910 г., была в том же году испытана и технически улучшена Зельгеймом.

Несмотря на значительный период, истекший со времени введения этого метода, он сравнительно мало применялся как за границей, так и у нас в СССР.

Лишь в последние годы, когда обезболивание родов стало на широкий путь массового применения, среди разных способов обезболивания родов завоевала себе место и анестезия п. п. pudendorum.

Наша клиника приступила с начала 1936 г. к применению анестезии п. п. pudendorum. В настоящее время мы можем подвести итоги первой серии, составляющей 120 случаев родов, обезболенных по этому методу.

Мы проводили анестезию п. п. pudendorum следующим образом: при круто притянутых к животу бедрах лежащей на спине роженицы, игла, длиной в 7—8 см, вкалывалась медиально на 1 см от *tuber ischi* по линии, идущей горизонтально к середине между задней спайкой больших губ и задним проходом, и вводилась на глубину 6—7 см в горизонтальном направлении. При введении иглы слегка надавливался поршень шприца для того, чтобы игле всегда предшествовала струя анестезирующего раствора.

На указанной глубине вводилось по 20 см³ 1/2% раствора новокаина; затем игла выводилась, частично оставаясь на глубине 2—3 см от кожи, и добавочно вводилось по 10—20 см³ анестезирующего раствора, причем конец иглы поворачивался в направлениях—кпереди, внутрь, кнаружи и кзади. Таким образом, общее количество введенного раствора новокаина колебалось от 60 до 80 см³. В части случаев вместо 1/2% раствора применялся 1/4% раствор новокаина, но в большем количестве (от 100 до 120 см³). К раствору новокаина обычно добавлялось по 10 капель адреналина на каждые 100 см³. Вся процедура (вкол и введение анестезирующего раствора) производится в промежутках между схватками.

Что касается вопроса, когда начинать применение анестезии, то, исходя из продолжительности действия новокаина (в среднем от 2 до 3 часов), мы считали возможным проводить обезболивание лишь в конце периода раскрытия или в начале периода изгнания.

Все случаи анестезии п. п. pudendor. проводились нами при нормальных родах (с головным предлежанием), при хорошей родовой деятельности и при болезненных схватках. Степень сглаживания шейки и открытия зева, как правило, определялось ректальным исследованием. Хотя этот способ не совсем точен, однако он все же дает достаточное представление как

о состоянии родовых путей, так и о высоте стояния подлежащей части.

У первородящих мы начинали анестезию при полном открытии при стоянии подлежащей части в полости таза. У повторнородящих с интенсивной родовой деятельностью при сглаженной шейке и раскрытии зева в 3—4 п. мы применяли, как правило, анестезию п. п. pudendorum при головке, стоящей в широкой части полости, а в части случаев—при головке, стоящей во входе таза.

Обычно через 5—10 минут после введения анестезирующего раствора наступает значительное облегчение, иногда полное исчезновение боли.

Это легко можно узнать по спокойному выражению лица роженицы, а также путем расспроса ее. Ближайшие схватки или потуги протекают менее напряженно, причем роженица может спокойно беседовать с медицинским персоналом и рационально помогать врачу в правильном ведении периода изгнания. Эффективность данного вида обезболивания у перво-и повторнородящих характеризуется следующими данными: у первородящих обезболивающий эффект в 54 случаях положительный (72%), в 18 случаях—частично положительный (24%) и в 3 случаях—отрицательный (4%). У повторнородящих—в 31 случае эффект положительный (68,9%), в 13 случаях—частично-положительный (28,9%) и в 1 случае—отрицательный (2,2%).

Так как п. п. pudendi иннервируют главным образом мускулатуру тазового дна и кожные покровы вокруг наружных половых частей и заднего прохода, то при этом виде анестезии не включаются вышележащие нервные элементы, которые могут быть травмированы вступающей во вход головкой. Нижеследующие цифры лучше всего иллюстрируют на нашем материале это положение:

У первородящих головка находилась в широкой части полости таза в 43 случаях, в узкой—в 30, и в выходе—в 2 случаях; у повторнородящих—во входе в 9 сл., в широкой части полости—в 24, в узкой—11 и в выходе—1 сл.ч.а.

Эффективность в зависимости от места положения подлежащей части выразилась у первородящих: при стоянии головки в широкой части полости таза в 25 сл. получился полный эффект, в 16—частичный, и в 2—отрицательный; при головке, находящейся в узкой части полости,—в 27 сл. полный эффект, в 2—частичный и в 1—отрицательный; при головке в выходе—в 2 полный эффект. У повторнородящих: при головке во входе—в 4 случаях полный эффект, в 5—частичный; при головке в широкой части в 18 случаях полный эффект, в 6—частичный; при головке в узкой части в 9 случаях полный эффект, в 2—частичный, и при головке, находящейся в выходе таза—1 случай с отрицательным эффектом.

Таким образом у первородящих получился в 54 случаях полный эффект, в 18 частичный и в 3—отрицательный; у повторнородящих—в 31 случае полный эффект, в 13—частичный и в 1 отрицательный.

Если учесть общую эффективность анестезии во всех наших случаях (у перво-и повторнородящих), то мы получим следующие цифры: полная анестезия достигнута в 85 сл. (70,8%), частичная—в 31 сл. (25,85%) и отрицательный результат наблюдался в 4 случаях (3,35%).

Таким образом в значительной части случаев (70,8%) мы достигли полного обезболивания.

Частичное обезболивание мы не причисляем к успехам, так как в сознании рожавших все же остается память о перенесенных уже после применения анестезии страданиях, если даже последние были облегчены частично.

Анестезия п. п. pudendor., как по длительности своего действия (2—3 часа), так и по распространению своего воздействия (тазовое дно, наружные половые части, область заднего прохода) является методом обезболивания родов в периоде изгнания.

Это подтверждается нашими данными о длительности промежутка от момента анестезии до рождения плода, а именно: до 1 часа—28 сл., от 1 до 2 ч.—64 сл., от 2 до 2 ч. 30 м.—14 и свыше 2 ч. 30 м.—10.

Ввиду того, что данный вид обезболивания родов рассчитан главным образом на выключение чувствительности тазового дна, его применение более целесообразно у первородящих, у которых период изгнания длится в среднем около 2 часов, между тем как у повторнородящих этот период протекает значительно короче.

Попутно мы считаем нужным отметить благоприятное действие этого метода обезболивания на растяжение промежности.

Вследствие уменьшения напряжения мускулатуры тазового дна уменьшается сопротивление прорезывающейся головке. С другой стороны, благодаря обезболиванию потуг, давление на тазовое дно происходит не отдельными резкими толчками, как при обычных родах, а более равномерно, что дает возможность равномерного растяжения промежности. Это обстоятельство ведет к уменьшению разрывов и разрезов промежности и отмечено многими авторами (Шмидт, Полгар, Литтен и др.).

Данные нашего материала подтверждают это положение. На 75 случ. первородящих имели место 6 случаев разрывов и 2 случая разреза промежности, т. е. 10,6% — процент значительно меньший, чем таковой у повторородящих по годовичному отчету данного учреждения (17,18%).

Из осложнений, сопутствующих анестезии п. п. pudendorum, следует указать:

1) в незначительной части случаев (5 случ.—4,1%) произошло ослабление родовой деятельности после введения раствора новокаина. В этих случаях мы применяли питуикрин (1 см³), после чего родовая деятельность возобновлялась и женщины самостоятельно разрешались.

2) В послеродовом периоде—2 случая ручного отделения детского места.

3) В послеродовом периоде—4 случая (3,3%) Endometritis levis и 8 случ. (6,6%) однократного повышения температуры.

Из этих осложнений лишь ослабление родовой деятельности можно считать следствием применения анестезии. Что же касается случаев ручного отделения детского места и заболевания эндометритом, то частота их не превышает цифр годового отчета данного учреждения.

Выводы

1) Обезболивание нормальных родов путем анестезии п. п. pudendorum по вышеизложенной технике является вполне целесообразным методом как по своей эффективности (70,8%), так и по доступности применения.

2) В целях повышения эффективности следует приступать к анестезии п. п. pudendor. как у перво-, так и у повторнородящих, лишь при хорошей родовой деятельности, при открытии зева от 3 пальцев и более и при головке, стоящей не выше полости таза.

3) Незначительное ослабление схваток, происходящее в небольшой части случаев (4,1%) после анестезии, требует применения питуикрина, который при достаточном открытии (от 4 пальцев и более) может быть введен одновременно с раствором новокаина.

Поступила 26.IV. 1938.