

случай отравления змеиным ядом, успешно излеченный применением новокаинового блока по А. В. Вишневному.

Случай касается девочки 12 лет, доставленной с явлениями, характерными для отравления змеиным ядом: афазией, затемнением сознания, нарушением двигательных функций, рвотой, сонливостью и отеком правой нижней конечности, развившимися после змеиного укуса.

Автор произвел большой поясничный новокаиновый блок в количестве 70 куб. см. Рвота прекратилась, больная заснула, и в последующие дни все явления постепенно стихли и исчезли. На восьмой день девочка была выписана в хорошем состоянии.

Успех новокаиновой блокады в моих случаях и в случае Анфилогова дает мне основание предполагать, что при отравлении змеиным ядом применение новокаинового блока по Вишневному является эффективным методом лечения этого тяжелого заболевания.

Из 1-й акушерско-гинекологической клиники Первого Ленинградского медицинского института им. акад. Павлова (дир. заслуж. деятель науки проф. К. К. Скробанский).

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ В НАЧАЛЕ ПЕРИОДА РАСКРЫТИЯ.

И. А. Абрамович и А. М. Фой.

Если вопрос о важности и целесообразности обезболивающих родов мероприятий в принципе можно считать для советского акушера решенным окончательно, то отдельные, хотя и весьма существенные детали родообезболивания, порой имеющие кардинальное значение для повышения эффективности этой необъятно выросшей отрасли советского акушерства, до сих пор продолжают оставаться мало разработанными, а потому и не вполне ясными. К числу таких вопросов несомненно относится определение времени, с которого допустимо применение обезболивающих средств при родах.

В настоящее время в ряде крупных родильных стационаров уже накопился достаточный материал для окончательных выводов по этому вопросу.

Каковы методы, могущие быть примененными в наиболее ранние часы начавшегося родового акта, какова эффективность этих методов— вот вопросы, решение которых несомненно представляет огромный практический интерес.

Еще в самом начале своей работы над вопросами обезболивания родов клиника проф. К. К. Скробанского стала на следующую принципиальную позицию:

1) задача обезболивания родов должна считаться осуществленной полностью только лишь в том случае, если удалось добиться безболезненного течения родов со времени поступления роженицы в родильное учреждение;

2) из рабочих схем обезболивания родов наиболее ценными

являются те, в которые включено применение родообезболивающих методов и средств в известной последовательности с учетом как фазы родов, так и интенсивности болевых ощущений, так как «успех возможен только в том случае, когда врач, ведущий обезболивание, умеет оценить настоящее и предсказать дальнейшее течение родов и соответственно этому выбрать подходящий в данных условиях метод, своевременно его применить и получить от него максимум эффекта» (К. К. Скробанский);

3) стремление к оттягиванию начала обезболивания родов до более или менее значительного открытия зева (2—3 пальца) из боязни извращения обезболивающим средством ритмики и интенсивности родовых сокращений следует считать лишенным научного базиса, поскольку оно значительно снижает предъявляемое к акушеру требование о максимально безболезненном ведении родов и, в огромной степени упрощая задачу акушера, совершенно неосновательно тормозит работу по изысканию и разработке способов, применение которых в первые часы периода раскрытия иногда не менее целесообразно и даже необходимо, чем при дальнейшем течении родов.

За последнее время в среде акушеров, активно включившихся в изучение проблемы обезболивания родов, наметился некоторый перелом, и вышеприведенной точки зрения придерживается все большее количество акушеров.

Так, в инструкции по обезболиванию родов, изданной для Ленинграда, Ленинградской области и Карелии, отмечается, что даже в случаях долгодлящихся родов необходимо применение обезболивания родов, «начиная от их исходной точки и кончая рождением плода».

Проф. Ф. Н. Ильин в число основных требований к методу обезболивания включает обезболивание родов от начала болезненных схваток до конца родов (тезисы к докладу на Закавказском съезде акушеров и гинекологов, 1936). Д-р Чистяков, предлагающий свою методику обезболивания родов (см. журн. «Ак. и гинек.» № 9, 1936), становится по существу на эту же точку зрения, отмечая, что начало обезболивания не следует приурочивать к определенному открытию зева, так как обезболиванию подлежит весь родовой акт, и начало обезболивания должно согласовываться только с необходимостью в нем, т. е. со степенью болевой реакции.

Наконец, немалое количество способов обезболивания родов из предложенных за последний год оказалось наиболее эффективным именно при применении их в начале родовой деятельности (опрыскивание гиперестезированных кожных участков эфиром по Хохлову; модификация этого метода — смазывание кожи смесью эфира со спиртом, испытанное д-ром Гамбашидзе в клинике проф. Скробанского; холодное воздействие растворов ментола на зоны Хеда по Кипарскому, наложение на последние банок по Тимофееву, облучение болезненных участков кожи живота и поясницы синим светом и пр.). Все перечисленные способы были изу-

чены в клинике проф. Скробанского на материале, количественно достаточном для оценки их эффективности.

Однако, не они, в силу малой действительности, являлись средством массового применения в начале родового акта. Для этой цели в течение года клиникой использовались суппозитории по рецепту, в последнее время получившему значительное распространение не только в Ленинграде.

Выявлению их эффективности, длительности обезболивавших свойств, их влияния на ритмику и интенсивность родовых схваток и посвящена настоящая работа.

По своему составу суппозитории, предложенные клиникой проф. Скробанского и Центр. научно-исслед. акуш.-гинеколог. институтом НКЗдрава в Ленинграде (рецепт суппозиторий разработан кафедрой фармакологии 1-го Ленингр. мед. института им. акад. Павлова) включают в себе вещества, обладающие как местно анестезирующими свойствами, так и приводящими к болеутолению посредством воздействия на центральную нервную систему. Суппозитории имеют следующий состав:

Rp. Ext. belladon. 0,04, Pantoponi 0,02, Antipirini 03,
But. cacao q. s. ut f. sup.

Что касается белладонны, то влияние ее как болеутоляющее, так и родоускоряющее достаточно хорошо разбирается в целом ряде советских и заграничных работ, и потому мы подробно касаться этого вопроса здесь не будем (Зельгейм, Яшке, Гальбан, Крауль и многие др., из советских работ—К. К. Скробанский и А. Е. Цацкин, Рабинович-Бродская, Жмакин и Николаев, Чистяков и др.)

Основные воззрения о свойствах, приписываемых белладонне, сводятся к следующему: белладонна стимулирует раскрытие зева как антиспазматическое средство и несомненно ослабляет родовую боль при схватках; обезболивающее действие ее значительно усиливается при условии назначения белладонны с препаратами морфия (синергизм); для целей обезболивания родов крайне важно применение доз белладонны, превышающих терапевтические (в экстракте до 0,04)

Эти качества препарата сделали его чрезвычайно распространенным в обезболивании родов. В Германии этот препарат вошел в практику некоторых родильных стационаров; некоторые акушеры, базируясь на воззрении Зельгейма о стимулирующем действии белладонны на раскрытие зева, а также на данных Ротхаммера, обезболившего около 700 родов Bellad.—Exclud суппозиториями, пытаются ввести в качестве метода массового обезболивания применение теплых клизм из опийной и белладонной настоек (по 25—30 капель каждой в 30—40 см³ воды (Чистяков).

Что касается пантопона, то и этот препарат сравнительно давно применяется в интересующей нас области, в качестве «наиболее безвредной замены морфия» (Скробанский), а его действие при родах тщательно разобрано в ряде специальных работ. Нас

он интересует здесь главным образом как ингредиент нашей смеси с возможным синергетическим влиянием на ее компоненты.

Наконец, антипирин, введенный в суппозиторий в дозе, значительно уступающей допустимой терапевтической дозе, также достаточно подробно изучен как болеутоляющее средство, в последнее время широко испробованное и для родообезболивания (Таппейнер, Николаев, Черток, Цацкин). Вследствие кратковременности его действия (заключающегося в понижении возбудимости чувствительных клеток коры головного мозга с понижением восприятия болевых ощущений) имеются попытки комбинированного назначения антипирин с пантопоном (Болкунов).

Наш материал составил из 704 случаев применения суппозиторий в начале родового акта. Клиника рассматривала суппозитории не как основной вид обезболивания, а скорее как подготовительное мероприятие.

В сравнительно небольшом проценте случаев обезболивания (87 родов—12,3%) по тем или иным причинам нами были применены исключительно одни суппозитории (быстрые роды, длительность обезболивающего эффекта и пр.).

Эффективность их на этой группе рожениц была следующей: в 10 случаях (1,4%) однократным назначением свечи было достигнуто полное обезболивание и надобности в иных, более действительных обычных средствах обезболивания не было. В 51 случае (7,24%) болеутоляющее действие свечей было вполне достаточным на протяжении многих часов. Путем опроса рожениц неоспоримо выявился положительный, правда неполный, обезболивающий эффект действия суппозитория, и женщины, ранее криком и стоном реагирующие на маточные сокращения, становились спокойными. Обезболивающий эффект в этих случаях держался в среднем до двух часов; минимальная длительность достигнутого болеутоления равна 40 мин., максимальная—5 часам 30 мин. В 23 случаях (3,12%) эффект был сомнительным. Явно отрицательным эффект был всего в трех случаях (0,42%).

В остальных случаях (617 сл.) через тот или иной срок вслед за применением свечи в зависимости от силы и длительности полученного обезболивания применялись различные иные виды родообезболивания—метод Гватмея, скопан, люпан (люминал—пантопон—антипирин), паральдегид, амилен-гидрат, препараты С и Д, наркоз à la reine, анестезия зон Хеда и пр.

Мы постарались изолированно от влияния этих методов выявить специфические свойства свечей, что, конечно, представляет известные трудности постольку поскольку в целом ряде случаев различные обезболивающие средства применялись тогда, когда еще неполностью исчезал эффект, полученный от применения свечи.

Результаты учета действия суппозитория в этих 617 случаях таковы:

- 1) обезболивающий эффект в случаях полного болеутоления (106 рожениц—15,05%) длился в среднем 1 час 50 мин.;
- 2) частичное обезболивание, порой довольно разительное, было

достигнуто в 348 случаях (49,43%). Средняя длительность эффекта 1 ч. 55 м.;

3) 117 случаев (16,61%) расценены, как сомнительные: причины, побудившие к этому—чрезвычайная кратковременность обезболивания (до 25—30 мин.);

4) явное отсутствие обезболивания наблюдалось в 46 случаях (6,53%).

Чрезвычайно трудно на основании нашего материала высказать сколько-нибудь определенно по поводу широко известной концепции Зельгейма о родоускоряющем влиянии белладонны. Однако нельзя не отметить, что ряд случаев обезболивания родов (в том числе и суппозиториями) у первородящих может до известной степени служить основанием для подтверждения этих высказываний Зельгейма, хотя мы и не склонны объяснять сравнительную быстроту завершения родового акта исключительно свойствами белладонны.

Подобных наиболее демонстративных случаев мы имели 23 (3,12%). В этих случаях свеча назначалась при сглаженной шейке при открытии зева, начиная от кончика пальца до 1½ пальцев, при условии регулярной и интенсивной родовой деятельности. Завершение родов у первородящих после введения свечи произошло в сравнительно ускоренные сроки: до 1½ часа—2 родов, до 2 часов—2 родов, до 2½ часов—2 родов, до 3 часов—3 родов, до 3½ часов—5 родов, до 4 часов—2 родов, до 4½ часов—2 родов. В 8 из этих случаев обезболивающий эффект был либо недостаточным, либо явно отрицательным. Средняя продолжительность родов у первородящих на всем материале, считая с момента введения свечи, 11 час. 30 мин., у повторнородящих—5 ч. 50 мин.

Наряду со случаями, где после введения свечи ни интенсивность родовых схваток, ни ритмика их не нарушались, или где их изменения, выявленные после начала обезболивания, были ничтожными и, повидимому, мало существенными в течение родового процесса, следует остановиться и на иных влияниях суппозитивов.

Так, в 14 случаях у первородящих и в 6 у повторнородящих отмечено замедление ритма схваток, в 12 случаях родов у первородящих и в 10 у повторнородящих схватки стали несколько слабее и короче; в 9 случаях (6 первородящих) родовая деятельность прекратилась на срок от двух до трех часов.

Несомненно, что даже и без обезболивания наблюдаются роды, когда вполне регулярные схватки периода раскрытия становятся все медленнее и слабее вплоть даже до продолжительной остановки их, и каждый, имеющий возможность наблюдения за родами в родильных отделениях крупных стационаров, мог многократно убеждаться в справедливости этого утверждения. Поэтому приписывать все случаи замедления схваток отрицательному влиянию свечей было бы неправильно.

Всего различных нарушений родовой деятельности, упомянутых выше, было 53, т. е. 7,5%. Проанализируем эти данные.

Все случаи прекращения родовой деятельности наблюдались,

когда суппозиторий вводился при еще не установившемся ритме родовых сокращений, хотя уже сопровождавшихся болевыми ощущениями различной интенсивности. Что касается первородящих этой группы женщин, то у них у всех отмечено при вагинальном исследовании несовершенное сглаживание шейки, поэтому подобные случаи являются, вероятно, неподходящими для обезболивания разбираемым методом.

Удлинение пауз между вполне удовлетворительными по силе схватками наблюдалось нередко и в тех случаях, когда свеча вводилась при более или менее значительном открытии зева (примерно около двух пальцев). Следует, однако, отметить, что несмотря на наблюдавшееся замедление схваток, ни общая продолжительность родового акта, ни его течение не отличались от нормы точно так же, как и послеродовое состояние родильницы.

Таким образом, несомненно, что одно раскрытие зева не всегда может служить показателем своевременности применения обезболивающего средства.

Необходим учет, главным образом, следующих факторов:

1. Схватки должны быть регулярными, даже независимо от их частоты; при этом условии степень раскрытия зева не имеет особенного значения.

2. Обезболивание суппозиториями у первородящих до совершенного сглаживания шейки должно быть заменено применением иных болеутоляющих средств (облучение зон Хеда синим светом, смазывание кожи живота смесью эфира со спиртом и пр.).

3. При условии регулярности родовых схваток и их болезненности применение суппозитория как у первородящих, так и у повторнородящих является наиболее эффективным среди изученных клиникой средств для получения вполне удовлетворительного анальгезического действия в начале периода раскрытия, когда назначение более действительных, основных методов родообезболивания считается по тем или иным причинам преждевременным.

4. Наконец следует считать ценным применение суппозиторий при наличии противопоказаний к применению более активных фармакодинамических средств.
