

Библиотека
ПРАКТИЧЕСКОГО
ВРАЧА

Проф. П. А. Белошанко
Проф. А. М. Фой

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ И УСКОРЕНИЕ РОДОВ

Проф. П. А. БЕЛОШАПКО
и проф. А. М. ФОЙ

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ
И УСКОРЕНИЕ
РОДОВ



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДГИЗ — 1954 — МОСКВА

*Светлой памяти дорогого
учителя профессора СКРОБАНСКОГО
КОНСТАНТИНА КЛЕМЕНТЬЕВИЧА
посвящают свой труд авторы*

akusher-lib.ru

ВВЕДЕНИЕ

Прошло около 20 лет с тех пор, как IX Всесоюзный съезд акушеров и гинекологов (1935), использовав опыт и инициативу небольшой группы свердловских акушеров, постановил начать всестороннюю научную разработку методов обезболивания родов и широчайшее применение наиболее целесообразных методов во всех родовспомогательных учреждениях Советского Союза.

Призывы съезда к советским акушерам были быстро подхвачены как сотрудниками научно-исследовательских учреждений страны, так и всеми практическими работниками советского родовспоможения.

В короткий срок обезболивание родов по темпу и широте размаха превратилось в СССР из теоретической акушерской проблемы в огромное практическое мероприятие, имеющее государственное значение.

Обезболивание родов в нашей стране стало одним из звеньев в системе тех достижений советского здравоохранения, которые явились проявлением заботы партии и правительства о человеке — строителе коммунизма.

В капиталистических странах проблема обезболивания родов, разрабатывавшаяся на протяжении ряда десятилетий, главным образом отдельными врачами, так и не вышла из стадии клинического эксперимента. До сих пор обезболивание родов оказывается доступным лишь весьма ограниченному кругу обеспеченных женщин.

В нашей стране обезболивание родов является мероприятием, неотделимым от задач квалифицированного обслуживания роженицы, которое проводится во всех родовспомогательных учреждениях города и деревни на основе современных требований акушерской науки.

Эти успехи советского здравоохранения были достигнуты лишь благодаря осуществлению в нашей стране величайших политических и социально-экономических преобразований.

«Наша революция, — говорил И. В. Сталин, — является единственной, которая не только разбила оковы капитализма и дала народу свободу, но успела ещё дать народу материальные условия для зажиточной жизни. В этом сила и непобедимость нашей революции»¹.

Только в результате огромных достижений в области социалистической индустриализации страны и коллективизации сельского хозяйства были созданы условия для непрерывного улучшения материального положения и повышения культурного уровня широчайших народных масс и вместе с тем для небывалого расцвета социалистического здравоохранения.

Состояние родильной помощи населению до Великой Октябрьской социалистической революции было буквально плачевным. Только лишь 0,68% рожениц получали помощь в родильных домах (М. Ф. Леви). Понятно, что такие задачи, как массовое обезболивание родов, не могли разрешиться в царской России с ее отсталой системой родильной помощи. Пионеры обезболивания родов могли лишь мечтать о более широком изучении и использовании методов и средств, дающих возможность избавить женщину от родовых мук. Только в стране победившего социализма удалось добиться передовой постановки дела обезболивания родов.

Массовость и общедоступность родильной помощи, высокий теоретический уровень советской акушерской науки, наличие достаточного числа высококвалифицированных кадров в системе охраны материнства и детства, углубленная научно-исследовательская работа, построенная на основе павловской физиологии и мичуринской биологии, мощное развитие советской химико-фармацевтической промышленности — вот те условия, которые обеспечили постановку дела родовспоможения, а вместе с этим и обезболивание родов на небывалую в мире высоту.

Гуманное направление советского акушерства по облегчению родовой боли в настоящее время проводится во всех родильных учреждениях страны, и в том числе в колхозных родильных домах.

Однако не только гуманное направление советского здравоохранения оправдывает проведение этой важной работы по борьбе с родовой болью. Она имеет не меньшее значение

¹ И. В. Сталин, Вопросы ленинизма, изд. 11-е, стр. 537.

и как профилактическое мероприятие против возможного нарушения родового акта, появления ряда патологических состояний в связи с ухудшением нервно-психического состояния женщин, вызванного чрезмерно выраженными и порой длительными болевыми ощущениями и мучительными переживаниями в родах (Е. М. Курдиновский, К. К. Скробанский и др.). Именно поэтому обезболивание родов в нашей стране осуществляется во всех родовспомогательных учреждениях.

Огромный коллективный опыт советских акушеров по изучению и разработке ряда методов обезболивания родов, безусловно оставивший далеко позади опыт акушеров капиталистических стран, позволяет в настоящее время не только подвести итоги созидательного труда в области обезболивания родов, но и наметить пути для дальнейшего развития этого вопроса.

Из бесконечного количества методов и схем обезболивания нормальных и патологических родов, изучавшихся и применявшихся на протяжении последнего столетия, в настоящее время могут быть предложены лишь немногие, выдержавшие испытание широкой практики на основании своей эффективности, безвредности как для матери, так и для ребенка и простоты выполнения.

Акушеры в капиталистических странах применяют для обезболивания родов средства, часто несовместимые с основной установкой советской акушерской науки, заключающейся в использовании только безвредных методов и средств борьбы с родовой болью. Предложение и использование фармацевтических препаратов типа амидона, который оказывает явно неблагоприятное воздействие на состояние как плода, так и на развитие ребенка в первые дни после его рождения, или рекламирование пресловутой непрерывной каудальной анестезии, которая приводит к резкому повышению процента оперативных вмешательств в родах, ярко демонстрируют принципиальное отличие учения по обезболиванию родов в нашей стране от установок акушерской науки капиталистических стран.

Американский акушер Коллей (Kolley) в недавно опубликованной статье, посвященной разбору эффективности каудальной анестезии, сообщает, что, пользуясь этим методом обезболивания родов, он 87,6% родов у первородящих и 44,2% родов у повторнородящих закончил наложением щипцов. По мнению автора, это следует считать

рациональным из-за сокращения длительности болевых ощущений второго периода родов.

Между тем советские акушеры совершенно отвергают при обезболивании и ускорении родов немотивированное расширение показаний к родоразрешающим операциям.

Только эффективные методы понижения интенсивности родовой боли, абсолютно безвредные для матери и для плода, могут найти последователей среди советских акушеров. Советские акушеры в настоящее время располагают этими методами обезбоживания. Они базируются в основном на принципах рационального использования многочисленных наркотических, снотворных и анальгезирующих препаратов, выпускаемых советской химико-фармацевтической промышленностью.

Обезболивание родов за последние годы успешно сочетается с укорочением продолжительности нормальных и патологических родов. Вследствие применения родоускоряющих средств достигается укорочение периода страдания роженицы.

Учитывая, что при применении медикаментозных средств для обезбоживания родов возможно иногда удлинение родового акта, сочетание обезболивающих средств с родоускоряющими следует признать целесообразным.

За последнее время в Советском Союзе разработан и успешно применяется новый, принципиально отличающийся от фармакодинамического метода, психопрофилактический метод обезбоживания родов, основанный на ряде положений физиологического учения И. П. Павлова.

Базируясь на учении И. П. Павлова о второй сигнальной системе и о решающем значении коры головного мозга в процессе формирования родовой боли, доцент И. З. Вельвовский (Харьков) предложил методику предупреждения родовой боли, основанную на принципе мобилизации корковых функций рожавшей женщины и торможения вредных условных рефлексов на родовой акт как на процесс, неизбежно сопровождающийся болью. Оказалось, что специальная дородовая подготовка, имеющая целью воспитание у беременных состояния эмотивного покоя и избавления от чувства страха перед родами, а также ознакомление беременных с деталями физиологического течения родового процесса дают весьма эффективные результаты.

Мы поставили своей задачей ознакомить читателя с основными особенностями акушерского обезбоживания и] с его

методами, представляющими практический интерес для широких врачебных кругов. Естественно, мы должны были учитывать наличие различных профилей акушерских учреждений (акушерские стационары с круглосуточным дежурством врачей-специалистов, родильные дома, обслуживаемые акушеркой), в которых должны применяться различные методы и средства обезболивания родов в соответствии с конкретными условиями работы. Учитывая уже значительный опыт многочисленных акушерских стационаров, можно утверждать, что метод психопрофилактики болей в родах с успехом может быть применен во всех родовспомогательных учреждениях как города, так и села.

В данной работе мы не касаемся ряда методов обезболивания родов, рекомендовавшихся для практического применения, но, как выяснилось в процессе их изучения, имеющих различные отрицательные стороны (несовместимы с принципами массовости и неабсолютно безвредны).

Выпущенные в свое время руководства по обезболиванию родов (К. К. Скробанский, М. С. Малиновский и Е. И. Кватер, К. Н. Жмакин и А. П. Николаев и др.) в настоящее время не могут полностью удовлетворить запросы практического врача, так как они во многом устарели.

Акушерство за последние годы в СССР сделало значительный шаг вперед (борьба с мертворождаемостью, ускорение родов, своевременное лечение при слабости родовой деятельности, борьба с родовым травматизмом и др.), и эти достижения в значительной степени изменили оценку ряда старых методов обезболивания родов.

Целью настоящей работы является подведение итога большого коллективного врачебного опыта в области разработки и применения наиболее совершенных способов обезболивания родов в аспекте современных установок советской акушерской науки. При этом необходимо помнить, что применяемые в настоящее время методы обезболивания родов, в том числе и психопрофилактический метод, не могут быть названы совершенными и нуждаются в дальнейшей разработке на основе физиологического учения И. П. Павлова.

Глава I

КРАТКИЙ ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК НАУЧНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ В НАШЕЙ СТРАНЕ

Первые методы научного обезболивания родов возникли в середине прошлого столетия. Однако в условиях царской России применение средств для обезболивания родов широким слоям населения было недоступно. Передовым деятелям здравоохранения середины прошлого столетия приходилось бороться за создание хотя бы сколько-нибудь удовлетворительной акушерской помощи населению, а о проведении родов без боли в широких масштабах они могли лишь мечтать. По существу в тот период шла борьба за грамотность повивальной бабки, чтобы хоть в какой-нибудь мере способствовать снижению послеродовой смертности и заболеваемости, а также мертворождаемости.

Во второй половине XIX столетия в нашей стране шло быстрое развитие естественных наук. На фоне значительных научных завоеваний высокоодаренных деятелей отечественного здравоохранения (Г. А. Захарьин, А. Я. Остроумов, В. В. Пашутин, Ф. Ф. Эрисман, А. Я. Крассовский, К. Ф. Славянский, В. Ф. Снегирев и многие другие) отставание организованной медицинской помощи населению от теоретического уровня медицинской науки было особенно заметным. Были губернии лишь с одной больницей, которая находилась в губернском городе. Больниц в сельских местностях совсем не было, и десятки миллионов крестьян были совершенно лишены медицинской помощи.

Однако и в этих неблагоприятных условиях работы, при отсутствии заботы со стороны государства о благополучии матери и ребенка, при крайней недостаточности акушерских коек русские акушеры добились немалых успехов как в отношении распространения передовых идей обезболивания родов, так и в области развития и усовершенствования ряда методов борьбы с родовыми болями.

К числу пионеров обезболивания родов в нашей стране в первую очередь следует отнести В. М. Шклярского, впервые применившего перемежающийся наркоз для обезболивания родов. Его доклад на эту тему, отображавший на основании личного опыта серьезную и глубокую научную оценку наркоза при родах и содержащий указания о перспективности метода, был сделан на заседании Общества русских врачей в 1851 г., т. е. вскоре после первых успешных попыток использовать эфир и хлороформ не только для целей хирургического наркоза, но и для болеутоления в родах.

Следует также сказать и о другом приверженце акушерского обезболивания — докторе Н. Н. Сочава, который на протяжении ряда лет (1865—1879) призывал русских акушеров начать применение обезболивания при родах. В своих статьях и брошюрах, посвященных вопросу обезболивания родов, он разработал методику поверхностного эфирного и хлороформного наркоза в родах, а также вопросы морфинного обезболивания родов. Эти его работы не утратили клинического интереса и в настоящее время. Н. Н. Сочава верил в неизбежный в будущем расцвет дела обезболивания родов в нашей стране. Н. Н. Сочава и его современники — проф. А. Я. Крассовский и проф. В. М. Флоринский — справедливо считаются проповедниками идей обезболивания родов в нашей стране.

Клинические исследования А. Я. Крассовского и В. М. Флоринского позволили им высказаться в пользу легкого перемежающегося наркоза в родах, который, согласно их длительным наблюдениям, не только не обладает тормозящим влиянием на интенсивность родовой деятельности, но и способствует укорочению продолжительности родов, если медицинский работник, проводящий обезболивание, обладает известным опытом.

В работах этих исследователей по существу дается резкая отповедь зарубежным авторам, скептически относящимся к вопросу обезболивания родов. Эти скептики пытались необоснованно опорочить первые успешные исследования Симпсона (Simpson) в области борьбы с родовыми болями и доказать невозможность «отделения» родовой боли от маточных сокращений нормальной интенсивности.

В дальнейшем ряд выдающихся русских акушеров продолжал углублять и развивать богатейший опыт А. Я. Крассовского и В. М. Флоринского. К числу таких

работ следует отнести серьезные клинические исследования И. П. Лазаревича, П. О. Гагарина, В. А. Добронравова, П. К. Кубасова, С. И. Халафова и многих других.

Первая русская экспериментальная работа, посвященная изучению влияния хлоралгидрата на маточные сокращения с помощью токодинамометра, принадлежала И. Буховцеву (1873). И. Буховцев, применивший способ токодинамометрии, разбил неправильное представление немецкого акушера Шатца о тормозящем влиянии этого распространенного метода обезболивания родов на маточные сокращения.

Важно также отметить, что идея обезболивания родов закисью азота («веселящим газом») родилась в нашей стране. Ординатор терапевтической клиники С. П. Боткина русский врач С. К. Кликович в 1881 г. в своей диссертации показал, что закись азота является хорошим болеутоляющим средством в родах, безвредным как для матери, так и для плода. Изучив свойства закиси азота как эффективного средства обезболивания родов, С. К. Кликович обратился к русским врачам с призывом продолжить его исследования. Ими заинтересовались такие выдающиеся акушеры, как А. Я. Крассовский и К. Ф. Славянский. В сравнительно короткий срок были опубликованы клинические исследования о целесообразности применения закиси азота в родах. Так появились работы, принадлежавшие перу Э. Ф. Черневского, П. А. Ясинского, И. Г. Копейчикова, А. Н. Рахманова, К. Эрбштейна, С. И. Халафова и др.

Исторический интерес представляет разработанный П. И. Архангельским (1897) сравнительно простой метод воздействия на кожные рецепторы, применявшийся с целью обезболивания родов. Он предложил «компрессы», пропитанные хлороформом в масле, накладывать на живот рождающей женщины, что давало «быстрое прекращение судорожных потуг и невыносимых болей».

В начале XX века русские врачи стали уделять еще больше внимания делу обезболивания родов. Наибольшую известность как в России, так и за рубежом получили многолетние исследования Е. М. Курдиновского. Он впервые доказал, что родовые боли не являются неизбежными и что их нельзя расценивать как безразличные для здоровья роженицы. Интенсивные и продолжительные родовые боли могут вызвать «острое истощение всей нервной системы», сильное возбуждение и поэтому с ними нужно бороться.

По мнению Е. М. Курдиновского, некоторые послеродовые психические заболевания, возможно, возникали в связи с той психической травмой и истощением нервной системы, которые являются результатом сильных и очень длительных родовых болей. Он не мог мириться с тем, чтобы женщина во время родов испытывала мучительные боли, в то время как существуют реальные средства для снижения интенсивности родовой боли.

Капитальная монография Е. М. Курдиновского «Об обезболивании нормальных родов» (1906) является самым ценным вкладом дореволюционной русской акушерской науки в дело разработки проблемы обезболивания родов как в эксперименте, так и на практике.

Нельзя не упомянуть ряда клинических исследований русских врачей, посвященных скополамино-морфинному методу обезболивания родов (С. Г. Зарецкий, В. П. Федоров, Ф. Н. Ильин и др.). Конечно, их исследования представляют лишь исторический интерес, так как эта методика, предусматривающая «разобщение скополамином коры головного мозга от подкорковых областей», в силу чего болевые импульсы не доходят до коры головного мозга, оказалась далеко не безразличной для матери (резкое замедление родовой деятельности) и особенно для плода (асфиксия, длительное апноэ).

Особого упоминания заслуживают исследования русских акушеров, посвященные разработке методов обезболивания родов путем внушения и гипноза. Начатые еще в конце прошлого столетия (М. В. Добровольская, 1891), эти исследования имели целью обратить внимание русских акушеров на эффективность и полную безвредность внушения и гипноза для целей акушерской анестезии.

Еще на VIII Пироговском съезде (1902) было заслушано сообщение Г. Ф. Матвеева о блестящих возможностях гипнотического внушения в родах для устранения родовой боли. Внушение сочеталось с применением незначительных доз наркотических средств. Следовательно, по существу речь шла о разработанном Г. Ф. Матвеевым в 1902 г. методе гипнонаркоза.

Даже один этот, далеко не полный перечень достижений русской акушерской науки в области научного обезболивания родов свидетельствует о весьма значительном вкладе, сделанном отечественными врачами в дело разработки различных сторон этой важной проблемы.

Однако подлинного расцвета и небывалого размаха в истории русской акушерской науки обезболивание родов достигло лишь после Великой Октябрьской социалистической революции. Уже начиная с 1924 г., в советской медицинской литературе начали появляться крупные работы, посвященные изучению проблемы обезболивания родов. Были опубликованы исследования А. П. Николаева, К. И. Платонова, И. З. Вельвовского, Р. Я. Шлифера, В. И. Здравомыслова и др. На VI Всесоюзном съезде акушеров и гинекологов (1924) вопросам обезболивания родов были посвящены доклады А. П. Николаева и К. И. Платонова. Первая работа после Великой Октябрьской социалистической революции, посвященная разработке суггестивного и фармакологического метода обезболивания родов, принадлежала перу А. П. Николаева (Врачебная газета за 1924 г.).

Значительно возросло количество разнообразных исследований по изучению методов обезболивания родов после IX Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов (1935).

Напряженная работа врачей, правильная организация родовспоможения привели к тому, что обезболивание родов в короткий срок стало подлинно массовым мероприятием.

Советские акушеры-гинекологи широко популяризировали дело обезболивания родов. Проф. А. Ю. Лурье первый провел удачный опыт массового обезболивания родов.

В стране широко развернулась научно-исследовательская работа в области изыскания новых наиболее рациональных средств и методов обезболивания родов. На очень большую высоту была поднята теоретическая разработка различных сторон проблемы обезболивания родов.

Над вопросами экспериментального изучения влияния наркотических, снотворных и анальгезирующих средств на сократительную деятельность матки работали многие советские врачи (К. М. Фигурнов, А. П. Николаев, Л. С. Бибчук, В. Г. Бутомо, Н. П. Лебедев, Д. Е. Шмундак, А. И. Петченко, Р. А. Черток и др.). Ряд специалистов изучал особенности обмена веществ у рожениц, находящихся под влиянием средств акушерской анестезии (М. С. Малиновский, Г. Ф. Писемский, А. П. Николаев и др.). Многие работы посвящены изучению вопроса о прохождении наркотических веществ через плацентарный барьер (П. И. Литвак, Е. Н. Викторовская, М. И. Теверовский и Е. Л. Лернер и др.).

Не менее положительно следует оценить чрезвычайно возросшую с 1935 г. клиническую разработку акушерами ряда направлений и методов в области обезболивания родов. В настоящее время многие из опубликованных клинических исследований уже не имеют актуального значения. Ряд методов обезболивания родов уступил место новым, более совершенным и более эффективным. Однако было бы неправильно считать, что вся проделанная работа не оставила следа и не имеет значения в дальнейших изысканиях новых средств обезболивания родов.

Следует указать, что ценный вклад в дело разработки наркотического метода обезболивания родов был сделан К. К. Скробанским, М. С. Малиновским, А. П. Николаевым, К. М. Фигурновым, Ф. Н. Ильиным, В. Я. Илькевичем и др. По вопросам применения различных анальгезирующих препаратов для борьбы с родовой болью были опубликованы клинические исследования Г. Г. Гентера, Д. Е. Шмундака, Л. Л. Окинчица и др. Вопросы местной анестезии в родах разрабатывали К. М. Фигурнов, А. В. Вишневский, В. Н. Хмелевский и др. Вопросы профилактики внутриутробной асфиксии плода успешно были изучены А. П. Николаевым и его сотрудниками. Методика обезболивания родов с помощью гипноза и внушения разрабатывалась К. И. Платоновым, А. П. Николаевым, И. З. Вельвовским, В. И. Здравомысловым, В. И. Пырским и др.

Следует отметить, что многие практические врачи включились в научно-исследовательскую работу в области обезболивания родов и за последние годы опубликовали много работ, посвященных тщательному анализу и обобщению своего огромного опыта.

Возрождение после Великой Отечественной войны массового обезболивания родов вновь оживило и научно-исследовательскую работу в этой области.

Рядом советских акушеров были предложены более совершенные методы обезболивания родов с применением новых анальгезирующих препаратов (лидол, текодин, их комбинации, сочетанное применение сульфаниламидов с препаратами морфинной группы, комбинированное применение текодина с серноокислым магнием, промедол и др.).

В настоящее время в нашей стране поднята на небывалую высоту задача дальнейшего усовершенствования и

массового распространения метода психопрофилактики болей в родах, разработанного И. З. Вельвовским, совместно с проф. К. И. Платоновым, В. А. Плотичер и Э. А. Шугом, на основе учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности.

В течение чрезвычайно короткого отрезка времени наша страна по массовости распространения и изысканию новых эффективных средств и методов обезболивания родов обогнала все капиталистические страны.



akusher-lib.ru

Глава II

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ

Причины наступления родов

Огромный интерес советских акушеров к изучению причин наступления родов и развертывания родовой деятельности (А. П. Николаев, Н. Л. Гармашева, И. Ф. Жорданиа, В. К. Чайковский, Я. Г. Буханов, А. И. Петченко, Е. Я. Ставская и др.) объясняется главным образом необходимостью разработки методов, которые могут обеспечить акушеру возможность «управления родами». Совершенно справедливо указание А. П. Николаева, что «уметь управлять родами необходимо для того, чтобы облегчить женщине этот физиологический процесс и предупредить возможные осложнения, опасные как для нее, так и для ребенка».

Не требует разъяснения вся важность подобной постановки вопроса. Своевременное усиление сократительной деятельности плодоизгоняющего аппарата в родах, осложнившихся слабостью родовой деятельности, или, наоборот, уменьшение интенсивности схваток и потуг при стремительных родах, столь травматичных для матери и плода, умение ликвидировать боль или в значительной степени уменьшить интенсивность ее без отрицательного воздействия при этом на характер и силу маточных сокращений и сокращений брюшного пресса — все это могло бы привести к созданию надежных методов профилактики многообразных осложнений, связанных с родовым актом, и облегчению родовых мук.

Советские акушеры в отношении разработки этих вопросов имеют значительные достижения. Еще 15 лет назад один из выдающихся деятелей советской акушерской науки проф. К. К. Скробанский писал, что «...почти совершенно непонятными остаются те биологические факторы, которые

заставляют матку и весь сложный вспомогательный аппарат сокращаться и развивать свою родовую деятельность».

Между тем в настоящее время мы имеем ряд новых данных, выявленных в результате экспериментальной и практической работы, которые дали возможность создать советским акушерам оригинальную теорию о причинах наступления родов, основанную на передовых материалистических воззрениях павловской физиологии.

Вкратце остановимся на основных воззрениях акушеров в этой области.

Как известно, для объяснения причин, вызывающих родовую деятельность, было предложено в свое время немало гипотез, в которых те или другие факторы, возникающие в конце беременности в организме, считались первопричиной начинающихся родов.

Так, долгие годы в акушерской науке господствовала механическая теория наступления родов. Ее сторонники утверждали, что первопричина родов — это перерастяжение маточных стенок, возникающее к концу беременности, а также давление подлежащей части плода на нервные экстра- и юкстамуральные сплетения, расположенные по бокам шейки и нижнего сегмента матки.

Однако кому из акушеров не известна шаткость позиции сторонников механической теории при изучении родов с поперечным положением плода, когда подлежащей части фактически нет, а процессы открытия зева часто не замедлены. У повторнородящих подлежащая часть долго остается расположенной над входом в таз, что исключает давление ее на нервные сплетения, однако родовая деятельность развивается нормально. Перерастяжение стенок матки при многоплодной беременности часто не препятствует доношиванию беременности. Акушерам хорошо известно, что перерастяжение стенок матки далеко не обязательно ведет к родам и при значительно перенесенной беременности, когда нередко даже попытки «развязывания родов» оказываются безуспешными.

Следовательно, механическая теория, основанная на ряде фактов, которые могут способствовать как началу, так и развитию родовой деятельности (длительное механическое раздражение шейки, появление потуг при давлении на тазовое дно, растяжение стенок матки растущим плодным яйцом), не может считаться убедительной для решения проблемы в целом.

Столь же спорны и современные модификации механической теории, основанные на концепции «инородного тела»: внутриутробный плод становится на определенном этапе беременности инородным телом, так как вследствие развивающихся, регрессивных процессов в плаценте и дегенеративных изменений в оболочках плода нарушается интимная связь между плодом и стенками матки. Это и обеспечивает якобы начало сократительной деятельности «маточного мотора». Однако часто акушеры наблюдают отсутствие родовой деятельности при наличии уже мертвого плода при missed labour, когда регрессивные изменения в плаценте и в оболочках особенно выражены.

Большие успехи в понимании ряда вопросов возникновения родов и регуляции родовой деятельности были получены в результате развития учения о женских половых гормонах. Ряд фактов позволил высказать предположение о значительной роли гормонов в организме беременной женщины как для нормального развития беременности, так и для своевременного наступления родов.

Имеются исследования, выявившие ряд важных гормональных изменений, происходящих в организме беременной.

Так, содержание фолликулярного гормона в моче после наступления беременности и до 3—3¹/₂ месяцев ее нередко увеличивается; после этого срока беременности отмечается значительное увеличение содержания фолликулярного гормона за счет неактивных фракций. К концу беременности и началу родов общее содержание фолликулярного гормона падает, но одновременно с этим увеличивается относительное содержание активной фракции фолликулина.

Считают, что рост мышечных и соединительнотканых элементов матки во время беременности связан с воздействием на организм фолликулярных гормонов. Кроме того, эстрогены повышают нервно-мышечную возбудимость матки, приводят к увеличению в мышечной стенке матки количества гликогена и фосфокреатина, необходимых для развития сократительной функции органа. Одновременно повышается в матке содержание глютамина и кальция—веществ, сообщающих матке высокую сократительную способность (А. П. Николаев, А. И. Петченко). Содержание же калия и магния — этих биологических антагонистов кальция — в матке понижается и становится несколько меньшим, чем в других мышцах.

Прогестерон, продуцируемый в первую половину беременности преимущественно желтым телом, а во вторую половину — преимущественно плацентой, способствует прогрессирующему растяжению стенок матки и резко понижает возбудимость матки, подавляет ее сокращения.

Изменения количества прогестерона в организме устанавливаются по определению в моче одного из его продуктов обмена — прегнандиола, количество которого в течение беременности прогрессивно увеличивается и резко уменьшается за несколько дней до родов.

Уже со второй недели беременности удается обнаружить повышенное выделение с мочой гонадотропинов хориального происхождения (особенно фракции Б), оказывающих на матку расслабляющее действие. Со второй половины беременности содержание гонадотропинов падает.

Таким образом, тормозящее влияние гормона желтого тела и гонадотропинов на сократительную способность матки к концу беременности падает. Уменьшение количества прогестерона приводит к прекращению дальнейшего растяжения матки. Прогрессирующий же рост плода и относительное уменьшение количества околоплодных вод приводят к все большему повышению внутриматочного давления, к усилению раздражения интерорецепторов матки движениями плода. Наряду с этим, благодаря сенсibiliзирующему воздействию на матку эстрогенных веществ, осуществляется более полноценное влияние на матку продукта задней доли гипофиза — питуитрина, вызывающего ее сокращения (И. Ф. Жордания, В. К. Чайковский, А. М. Фой и др.).

Имеются исследования, подтверждающие важную роль аскорбиновой кислоты, повышающей эффективность фолликулина и потенцирующей действие питуитрина (Н. А. Преображенский). П. Г. Шушаниа установил, что в процессе родов имеет место падение уровня фолликулина в моче.

Известно также, что важную роль играет адреналин как фактор, который может обусловить начало родовой деятельности.

Исследуя методом люминесцентного анализа содержание адреналиноподобных веществ в крови роженицы, Л. Э. Вайсман обнаружила, что содержание их во время схваток вдвое меньше, чем в паузах. Однако количество этих веществ не превышает высшей и низшей границы нормы.

В послеродовом периоде количество адреналиноподобных веществ в крови возрастает примерно в $1\frac{1}{2}$ —2 раза. Автор высказывает предположение, что адреналиноподобные вещества в родах способствуют возникновению тонотропного эффекта, подготавливая фон для последующего воздействия окситоцических веществ.

Таким образом, согласно взглядам представителей гормональной теории, начало родов и регуляция маточных сокращений объясняются в основном определенными соотношениями эстрогенных веществ, лютеогормона и питуитрина. Возможно, что важное значение при этом имеет также накопление определенного количества адреналина.

Однако хорошо известно, что многие факты, установленные сторонниками гормональной теории, не могут дать полного понимания этого вопроса.

Введение в организм беременных, особенно при перенесенной беременности, большого количества эстрогенных веществ, различных их форм, очень часто не вызывает родовой деятельности. Комбинированное введение значительных количеств эстрогенов и питуитрина далеко не всегда приводит к усилению родовой деятельности. Систематическое введение в организм беременной больших количеств гормона желтого тела не гарантирует от наступления привычного выкидыша. Таким образом, и гормональная теория не может нас удовлетворить полностью в решении вопроса о причинах наступления и развития родовой деятельности.

Большие заслуги советская акушерская наука имеет в деле разработки вопроса о значении нейро-гуморальных факторов, в обеспечении начала родов и их течении. Основные исследования в этой области были выполнены проф. А. П. Николаевым и дополнены в дальнейшем Н. П. Лебедевым, А. И. Петченко, Л. С. Персианиновым и др.

Основные положения учения о значении нейро-гуморальных факторов в родах заключаются в следующем: матка иннервируется вегетативными нервами — подчревный нерв в основном является симпатическим, тазовый — парасимпатическим. Функция вегетативных нервов, как известно, связана с систематическим выделением биологически активных веществ — медиаторов симпатического и парасимпатического характера.

Неоднократно высказывалось предположение о том, что раздражение постганглионарных волокон подчревного

нерва в родах приводит к образованию так называемых симпатомиметических веществ — адреналина (или симпатина); раздражение же тазового нерва приводит к образованию ацетилхолина.

Однако по современным данным, основанным на изучении влияния на матку различных фармакологических препаратов, эти представления следует считать устаревшими. Оказалось, что все преганглионарные как парасимпатические, так и симпатические нервные волокна являются холинэргичными (В. С. Шевелева). Кроме того, можно предполагать, что значительная часть и постганглионарных волокон подчревного нерва матки преимущественно холинэргична (М. Я. Михельсон). Таким образом, подчревный нерв, являющийся по своим морфологическим данным симпатическим, по функциональным свойствам — холинэргичен. Все это дает основание считать, что как в мускулатуре шейки, так и в мускулатуре тела матки, наряду с симпатомиметическими веществами, выделяется ацетилхолин, являющийся «мощным окситоцическим фактором» (А. П. Николаев).

Установлено, что образующийся симпатин повышает тонус нервно-мышечного аппарата матки. Это обеспечивает создание «симпатического фона», который необходим для проявления полноценного действия ацетилхолина, непосредственно вызывающего возникновение ритмичных маточных сокращений. Накопление определенных количеств ацетилхолина дает первую схватку в родах. Он быстро разрушается холинэстеразой, что ликвидирует сокращение и приводит к появлению паузы между первой и следующей схваткой. Накопление новой порции медиатора обеспечивает наступление очередной схватки, также ликвидирующейся тотчас же после разрушения и этой новой порции ацетилхолина. Так возникает и происходит сократительная деятельность матки в родах, все более прогрессирующая и обеспечивающая рождение ребенка, а затем и последа.

Некоторые авторы подчеркивают саморегулирующее значение накопления и разрушения медиаторов для сократительной функции матки. Однако, считая, что ацетилхолин играет основную роль при «развязывании родов», представители нейро-гуморальной теории совершенно не исключают влияния на возникновение регулярных маточных сокращений ряда гормонов, в частности, питуитрина.

По данным А. П. Николаева, между питуитрином, ацетилхолином, фолликулином и прогестероном существуют определенные взаимоотношения. Ацетилхолин и питуитрин взаимно усиливают друг друга, что подтверждено экспериментально. Питуитрин к тому же способен угнетать активность холинэстеразы, что предохраняет ацетилхолин от разрушения и усиливает его активность. Роль фолликулина, помимо изложенных выше влияний, заключается также в стабилизации питуитрина, предохранении последнего от разрушения и повышении его активности (А. П. Николаев). Прогестерон в организме беременной является антагонистом эстрогенов и питуитрина.

Представители нейро-гуморальной теории пытаются установить тесную связь и взаимозависимость ряда факторов — механического, нервно-химического, нейро-гуморального. Следует указать, что нейро-гуморальная теория в своем первоначальном виде, несмотря на ряд новых, выявленных ею научных факторов, имела крупнейший дефект, заключающийся в недооценке значения нервной системы и, в частности, направляющей и контролирующей роли коры головного мозга. Основоположник этой теории А. П. Николаев недооценивал роли коры головного мозга как во всех тех изменениях, которые происходят в организме женщины во время беременности, так и при «развязывании» родовой деятельности. За последнее время А. П. Николаев перестроил свою нейро-гуморальную теорию на основе физиологического учения И. П. Павлова, указав на главенствующую роль в наступлении родов центральной нервной системы, коры головного мозга и на взаимоотношения между последней и подкорковой областью.

Взросший в нашей стране интерес после объединенной научной сессии Академии наук СССР и Академии медицинских наук СССР, посвященной проблемам физиологического учения И. П. Павлова, к разработке научного наследия великого русского физиолога акад. И. П. Павлова явился важным моментом для радикального пересмотра значимости различных концепций о причинах возникновения родов и для изучения вопроса о ведущей роли центральной нервной системы при возникновении родовой деятельности.

Ниже мы приводим наиболее существенные положения оригинальной советской теории, рассматривающей причины наступления родов с позиций физиологического

учения И. П. Павлова, выдвигая на первый план регулирующей и контролирующей роли центральной нервной системы.

И. П. Павлов доказал, что нервная система регулирует функции всех органов и систем организма. При этом «...чем совершеннее нервная система животного организма, — писал И. П. Павлов, — тем она централизованней, тем высший ее отдел является все в большей и большей степени распорядителем и распределителем всей деятельности организма, несмотря на то, что это вовсе ярко и открыто не выступает»¹.

И. П. Павловым доказано, что в кору больших полушарий головного мозга поступают непрерывно сигналы из всех органов и тканей, создается специализированная информация о всех процессах, совершающихся в организме. Помимо этого, связь организма с внешней средой осуществляется также через нервную систему.

Сигналы из внешней и из внутренней среды организма отражаются в определенных состояниях нервных клеток коры головного мозга, а это приводит к тем или иным изменениям в организме. Так осуществляется как взаимная связь всех органов и тканей организма, так и организма с внешней средой.

Исследованиями отечественных ученых установлено (К. Х. Кекчеев, Ф. А. Сыроватко, Э. Ш. Айрапетьянц, Е. Ф. Крыжановская, В. М. Лотис, С. К. Гамбашидзе) наличие многочисленных интерорецепторов в матке (хемобаро-механорецепторы), при раздражении их возникают безусловные рефлексы, а также могут быть выработаны условные рефлексы, свидетельствующие о наличии нервной связи половых органов с корой головного мозга.

Нет никакого сомнения в том, что в создании основных и решающих условий для начала родов играет центральная нервная система. Совокупность всех изменений, происходящих в течение всей беременности и подготавливающих организм к предстоящим родам, а также наступление родовой деятельности регулируются и направляются центральной нервной системой, ее высшим отделом — корой головного мозга.

¹ И. П. Павлов, Проблема сна, Полное собрание сочинений, 1951, изд. 2-е, т. III, кн. 2, стр. 409.

Больше 10 лет назад акад. П. П. Лазарев, исследуя адаптацию периферического зрения при беременности, пришел к заключению, что в начале беременности имеет место высокая возбудимость коры головного мозга; к 3—4 месяцам беременности она понижается, а в дальнейшем повышается, достигая наибольшей возбудимости к 7—8 месяцам. За 10—12 дней до родов возбудимость коры головного мозга вновь резко понижается, что является одним из толчков к наступлению родового акта. П. П. Лазарев, основываясь на законе И. М. Сеченова, считал возможным принять, что изменения возбудимости головного и спинного мозга происходят в противоположных направлениях. Понижение активности коры головного мозга в конце беременности приводит к повышению спинномозговых рефлексов и повышению возбудимости нервно-мышечного аппарата матки: последняя на каждое раздражение начинает сильнее реагировать.

Эти исследования в дальнейшем были подтверждены сотрудниками А. П. Николаева (В. С. Поволоцкая, Н. Е. Логинова, Х. П. Ханина) путем использования метода хронаксиметрии и изучения темновой адаптации глаза у беременных.

Весьма интересен опубликованный недавно факт, установленный И. С. Елигулашвили, подтверждающий регулируемую роль коры головного мозга на течение родовой деятельности. Так, если роды у обезьян, начинающиеся почти всегда ночью, не заканчиваются в ночное время, с наступлением дня они обычно прекращаются и возобновляются вновь лишь с наступлением темноты. А. П. Николаев объясняет этот факт следующим образом: днем кора больших полушарий мозга обезьяны испытывает очень много раздражений. Кора в это время очень активна, тонус ее высок, и она оказывает тормозящее влияние на висцеральные функции подкорковых центров. При этом могут оказаться заторможенными функции ряда внутренних органов, в том числе и матки. Ночью же количество раздражителей и интенсивность раздражений уменьшаются. «Ночное» торможение коры и ослабление тормозящего влияния на подкорковые центры приводят к усилению работы внутренних органов, в том числе и матки.

Деятельность центральной нервной системы у человека во много раз сложнее и совершеннее, чем у животных. Достаточно указать, что человек, наряду с первой сигнальной

системой, имеет вторую сигнальную систему, которая и обуславливает необычайную сложность деятельности его центральной нервной системы.

В нейро-гуморальной теории, разработанной с позиций физиологического учения И. П. Павлова (А. П. Николаев, А. И. Петченко), приведенные причины наступления и развития родовой деятельности представляют лишь отдельные звенья сложнейших изменений, происходящих в организме женщины в период беременности. «Правильнее всего, — писал К. К. Скробанский, — будет взгляд, что акт родов является результатом целого ряда сложнейших физиологических процессов». Подобной же точки зрения придерживался и Г. Г. Гентер.

Советские акушеры, признавая ведущее значение состояния коры головного мозга в процессе возникновения родов, учитывают необходимость многочисленных вышеуказанных изменений, постепенно создающих в организме условия для начала сократительной деятельности матки. Задача акушеров состоит в дальнейшем углубленном изучении роли коры головного мозга и ее влияния на сократительную деятельность матки и брюшного пресса в родах, в изучении особенностей воздействия коры на нижележащие отделы центральной нервной системы. Многие, вероятно, сумеют нам объяснить исследования о раздражениях, идущих в центральную нервную систему от интерорецепторных аппаратов матки, значение которых, в том числе и в родах, пока недостаточно хорошо известно.

Весьма интересные данные по вопросу о механизме сокращений матки были в последнее время опубликованы Г. И. Довженко (из клиники, руководимой проф. К. М. Фигурновым). Исследуя эндометрий кастрированных крольчих, которым вводили большие дозы синэстрола, автор обратил внимание на следующее обстоятельство: в эндометрии можно обнаружить особые шаровидные клетки, протоплазма которых заполнена большим количеством липоидно-белковых зерен (зернистые шары). Г. И. Довженко установил, что чем больше их обнаруживается в эндометрии, тем активнее сокращения рогов матки. В дальнейшем зернистые шары были найдены и в эндометрии матки женщины. Автор считает их своеобразными раздражителями барорецепторов матки, а продукты их распада — раздражителями хеморецепторов матки. В эндометрии и миометрии рожениц, у которых матка была удалена по раз-

личным причинам, также были обнаружены зернистые шары. Не удалось их найти лишь в тканях маток, удаленных по поводу атонического кровотечения. Интересно, что чем сильнее родовая деятельность, тем большее число зернистых шаров может быть обнаружено в тканях матки. Значительно меньше их в матке рожениц при слабой родовой деятельности.

Г. И. Довженко пришел к заключению, что зернистые шары играют важную роль при развитии сокращений матки.

Нельзя пройти мимо интересных исследований Н. Л. Гармашевой, доказавшей в эксперименте влияние импульсов, идущих со стороны плода, на сократительную деятельность матки. Она установила изменение характера сокращений матки под воздействием колебаний кровяного давления у плода: понижение кровяного давления у плода, как выяснилось, ослабляет сократительную деятельность матки, повышение — усиливает ее. По данным Н. Л. Гармашевой, плод оказывает воздействие на течение родового акта, так как в развитии родов немалое значение имеет раздражение рецепторов матки импульсами, идущими от плода.

Таким образом, как начало маточных сокращений, так и регуляция их на протяжении родового акта обеспечиваются в высшей степени сложными изменениями в организме беременных — в нервной системе, в органах внутренней секреции, в характере минерального обмена, в состоянии возбудимости «маточного мотора» и т. д.; многие из этих факторов требуют дальнейшего изучения.

Сложность изменений, происходящих в предродовом периоде, недостаточное выяснение их роли в развитии родов диктуют необходимость весьма осторожного использования в родах болеутоляющих средств, чтобы не допустить возможного отрицательного воздействия их на правильное течение родового акта, главным образом в отношении извращения нормальной сократительной деятельности матки и брюшного пресса.

Природа родовой боли

Природа родовой боли, а также механизмы ее возникновения до настоящего времени изучались недостаточно. В связи с этим до сих пор не имеется совершенных методов и средств борьбы с родовыми болями.

Родовую боль характеризуют: 1) часто сопровождающее ее чувство страха и беспокойство перед неизбежностью болевого ощущения при каждой схватке, при каждой потуге; 2) невозможность точной локализации родовой боли (по Е. М. Курдиновскому, чаще всего родовая боль при схватке начинается где-то в области крестца, а позднее с усилением схватки распространяется на нижнюю часть живота и бедра); 3) моторное беспокойство роженицы, возникающее при интенсивной боли, вынуждающее ее к быстрой смене положения в кровати, попыткам встать и ходить; создается впечатление, что желание женщины находиться в постоянном движении при возникновении схватки вызвано стремлением как-то отвлечься и этим ослабить неизбежное восприятие прогрессирующей боли.

Каким же образом возникает родовая боль?

В каждом внутреннем органе имеется, как известно, большое количество чувствительных нервных окончаний — интерорецепторов. Интерорецепторы воспринимают различные раздражения: тепловые, механические и химические.

В обычных условиях при наличии здорового, нормально функционирующего полового аппарата раздражения, идущие от рецепторов тела матки, клетчатки, серозного покрова матки, от ее придатков, не воспринимаются нашим сознанием, так как раздражения эти слабые и находятся под порогом ощущения.

Кора головного мозга, которая, согласно учению И. П. Павлова, является тем высшим отделом, который держит в своем ведении все явления, происходящие в организме, воспринимает из массы импульсов, идущих из внутренних органов, лишь те, которые имеют актуальное значение для организма. В родах создаются условия, при которых имеют место раздражения очень значительного количества рецепторов, причем следует помнить, что эти раздражения возникают часто и следуют одно за другим. Импульсы от сильных и длительных раздражений интерорецепторов матки и соседних органов и тканей при этом непрерывно по нервным путям направляются в головной мозг, как бы «бомбардируют» кору головного мозга и воспринимаются ею как болевые ощущения.

Как же возникает в родах это чрезмерное раздражение интерорецепторов, приводящее к ощущению боли?

А. П. Николаев, как и многие другие авторы, считает, что «родовые боли всегда имеют материальный субстрат». Это значит, что они обусловлены совершенно неизбежными в родах анатомо-функциональными изменениями в органах малого таза и брюшной полости. Эти изменения, по мнению А. П. Николаева, «обуславливают раздражения интерорецепторов матки, соседних органов и возникновение ответных реакций целостного организма в смысле образования адекватных безусловных рефлексов, в том числе болевых».

Как известно, сокращения матки, имеющие место при беременности и являющиеся физиологической мышечной гимнастикой, отличаются безболезненностью.

В чем же причина болевых ощущений, возникающих при схватках и потугах в родах?

Основными причинами возникновения болевых ощущений в родах А. П. Николаев считает: 1) раскрытие шейки матки, так как именно область внутреннего зева богата чувствительными воспринимающими нервными аппаратами (баро- и механорецепторы); 2) неизбежное при сокращениях огромной беременной матки натяжение и растяжение маточных связок и брюшины—высокая же болевая чувствительность брюшины хорошо известна; 3) усиленные сокращения полого органа (матки) при наличии препятствий к его опорожнению: узкий таз, медленно раскрывающаяся шейка матки, сопротивление тазового дна; 4) сжатие и растяжение при сокращениях матки бесчисленных кровеносных сосудов, обладающих собственной высокочувствительной системой нервных рецепторов; 5) изменение химизма тканей, т. е. накопление в результате сократительной деятельности матки веществ, вызывающих раздражение хеморецепторов матки, ее сосудов и серозного покрова. Эти вещества в основном — недоокисленные продукты углеводного обмена, которые обуславливают состояние местного и общего ацидоза, как правило, повышают чувствительность местных и центральных нервных аппаратов.

Раньше считали, что проявления родовой боли (моторное беспокойство, невозможность точной локализации источника болевого ощущения, невозможность точного определения характера родовой боли) позволяют квалифицировать ее как боль протопатическую, таламическую. Это значит, что родовая боль якобы воспринимается не корой голов-

ного мозга, а зрительными буграми и подбугорной областью. В настоящее время эти представления уступили место новым, более достоверным.

Работами акад. К. М. Быкова и его сотрудников доказано, что в восприятии болевого ощущения принимает активное участие кора головного мозга. Нет никаких оснований считать, что коллектором болевых ощущений в родах являются только зрительные бугры и подбугорная область. Эта точка зрения ошибочна и находится в противоречии с учением И. П. Павлова о высшей нервной деятельности (И. Я. Раздольский).

У человека кора головного мозга контролирует и регулирует восприятие всех болевых ощущений. В коре же происходит и анализ характера болевых ощущений, воспринимаемых зрительными буграми.

Протопатическая чувствительность, как предполагают, возникла на ранних стадиях развития животного организма. Только лишь в процессе длительной эволюции эта протопатическая чувствительность, являющаяся грубой сигнализацией об угрозе организму в связи с чрезмерным раздражением от ушиба, падения и пр., сменилась у высших животных и человека более совершенным механизмом восприятия боли — так называемой эпикритической чувствительностью. Она связана с функцией коры головного мозга. Эпикритическая корковая чувствительность дает возможность различать особенности раздражения, его характер, интенсивность, позволяет локализовать источник возникающего болевого ощущения. Кора головного мозга может ослаблять и даже подавлять боль. При ослаблении функций коры головного мозга боль становится особенно интенсивной, нетерпимой.

По вопросам изучения механизмов восприятия родовой боли и ее природы в последнее время опубликованы весьма интересные исследования А. П. Николаева, подчеркивающие основное, решающее влияние коры головного мозга на формирование болевого ощущения в родах. Нормальные взаимоотношения коры больших полушарий и подкорки характеризуются активной главенствующей ролью коры, оказывающей тормозящее влияние на подкорку. При этом положении болевые импульсы внутренних органов, достигая подкорки, в ней угасают, ослабевают и в ослабленном

состоянии воспринимаются корой. При нарушении нормальных взаимоотношений между корой и подкоркой, когда кора не оказывает должного тормозящего влияния на подкорку и последняя находится не в состоянии заторможенности, а в состоянии сильного возбуждения, болевые импульсы не угашаются в подкорке, а оставаясь сильными, прорываются в кору больших полушарий. При этом возникают сильные родовые боли.

Отрицательные эмоции, в том числе страх перед предстоящими родами, особенно ожидание боли, снижают тонус и порог чувствительности коры головного мозга, вследствие чего деятельность подкорки активизируется, что и приводит к усилению ощущения боли. А. П. Николаев писал: «При заторможенном состоянии коры освобождается, растормаживается и получает неограниченный размах деятельность подкорки, возникают условия, облегчающие прорыв импульсов с интерорецепторов матки в кору, резко выступает и усиливается влияние отрицательных эмоций, связанных с болью, в первую очередь страха, беспокойства».

Опыт психопрофилактического метода обезболивания родов свидетельствует о том, что создание эмотивного покоя как перед родами, так особенно и в период родов является непременным условием нормального, благоприятного состояния коры больших полушарий, а следовательно, и успеха обезболивания. При этом нормальным и благоприятным состоянием коры головного мозга необходимо считать такое ее состояние, при котором будет сохраняться активное подвижное равновесие между раздражительным и тормозным процессом.

Нарушение этого равновесия, а равно и нарушение нормальных отношений коры и подкорки наступает там, где имеется перенапряжение центральной нервной системы, истощение ее. При этом ослабляется тонус и активность коры, т. е. ослабляются и тормозные процессы, происходящие в ней. Иррадиация поступающих с периферии болевых импульсов облегчается, а затухание их замедляется. Болевое раздражение распространяется в коре на большее пространство, чем обычно, приобретает диффузный и длительный характер.

Не подлежит сомнению, что стойкость нормальных процессов в центральной нервной системе точно так же, как и возможность их нарушения, стоит в зависимости от типа

нервной деятельности, что необходимо тщательно изучать.

Следует указать на то, что возникновению боли при первых родах может в значительной мере способствовать часто повторяемое словесное раздражение устрашающего характера о неизбежности и непереносимости родовой боли. Это представление приобретает все свойства болевой доминанты, оживляется при первых родах. При последующих родах, даже в том случае, когда нет причин для возникновения сильных болей, последние могут возникнуть по типу условного рефлекса.

Как проводятся болевые ощущения в родах из матки?

Существование висцеральных болей бесспорно. Многие авторы признают существование болевых рецепторов (И. Я. Раздольский).

Болевые импульсы из матки проводятся несколькими путями. Первый путь: из матки через *plexus hypogastricus*, *p. pelvis*, межпозвоночные ганглии, задние корешки, боковые рога *tractus spino-thalamicus*. Второй путь — экстрамедуллярно по симпатическим путям и кровеносным сосудам. Наконец, существует третий путь передачи импульсов — так называемые отраженные боли. В этом случае болевые импульсы из органа, достигая заднего рога, иррадиируют на ближайшую нервную клетку кожной зоны и от этой клетки идут по спино-таламическому пути.

Осуществимость задачи обезболивания родов

Многолетний опыт акушерской науки и практики показывает, что можно искусственно понижать болевые ощущения или даже полностью избавлять женщину от восприятия родовой боли.

Если даже совершенно не касаться безболезненного течения родов у больных женщин с нарушенной проводимостью путей болевых импульсов (например, при наличии опухолей спинного мозга или после различных травматических его повреждений), каждый акушер знает о возможности безболезненных (*partus insensibilis*) или очень мало болезненных родов, в частности, у многорожавших женщин.

По нашим данным, незначительная болезненность в родах — нередкое явление: не менее 10% рожениц почти совершенно не испытывают боли при родах.

Следовательно, родовая боль, болевые ощущения в родах — при схватках и потугах — во все не являются необходимым фактором для обеспечения нормальной функции рождающей матки и брюшного пресса (Е. М. Курдиновский, К. К. Скробанский и др.).

Экспериментальные исследования показали, что у животных искусственно вызываемые болевые раздражения приводят к накоплению в крови и спинномозговой жидкости веществ, сходных с гормоном задней доли гипофиза, — окситоцином (И. В. Данилов). Из этих исследований можно было бы сделать ошибочный вывод: если родовая боль стимулирует выделение окситоцических веществ, то снятие или уменьшение боли любым методом обезболивания родов может резко удлинить родовой акт в связи с ослаблением схваток и потуг.

Однако практический опыт показывает, что даже в родах, проводимых под наркозом, сила сократительной деятельности матки и брюшного пресса нередко может оставаться неизменной.

Не отрицая возможности ухудшения сократительной функции матки и брюшного пресса под влиянием значительных доз наркотических, снотворных и анальгезирующих средств или при несвоевременном их применении, врачи должны неизменно помнить, что при использовании средств фармакодинамического метода обезболивания родов следует всячески избегать передозировки этих препаратов, в частности, из опасения отрицательного их воздействия на сократительную деятельность матки и брюшного пресса. Правда, в настоящее время можно предупредить это осложнение путем применения некоторых медикаментозных средств для ускорения родов, например, прозерина.

Однако совсем не обязательно добиваться болеутоления в родах лишь путем использования фармакологических средств, вызывающих умеренные тормозные процессы в коре и несколько угнетающих подкорковые центры, что приводит к ослаблению восприятия болевых ощущений. Доказано, что реальное снижение или даже полное устранение родовой боли возможно путем использования гипнотического внушения (К. И. Платонов, А. П. Николаев, В. И. Здравомыслов, И. З. Вельвовский и др.).

Для обезболивания родов гипнотическим внушением обычно необходимо проведение предродовой подготовки, техника которой сложна и требует специальной подготовки врача. К сожалению, в настоящее время безвредный и эффективный гипнотический метод обезболивания родов не может широко применяться именно из-за весьма значительных методических трудностей и наличия сравнительно большого числа женщин (до 30—40%), плохо поддающихся гипнотическому воздействию.

Однако при изучении гипносуггестивной методики обезболивания родов советским специалистам удалось создать новый оригинальный метод обезболивания родов, построенный на физиологическом учении акад. И. П. Павлова: психопрофилактический метод обезболивания родов. Этот метод обезболивания родов предложен учеником проф. К. И. Платонова доцентом И. З. Вельвовским и разработан им при участии В. А. Плотичера и Э. А. Шугом. Авторы психопрофилактического метода использовали положение И. П. Павлова о важном значении слова как мощного условного раздражителя, который может вызывать самые различные реакции в центральной нервной системе. У мелкое слово врача может и должно рассеять неправильное представление женщины о неизбежности родовой боли. Эта важная задача оказалась осуществимой.

Авторы метода добиваются проведением специальной дородовой подготовки мобилизации корковых функций в родах. Этот метод в отличие от всех других, ранее предложенных предусматривает борьбу с родовыми болями не путем торможения, а наоборот, активированием функций коры, восстановлением нормальных взаимоотношений между корой больших полушарий и подкоркой.

Таким образом, осуществление задачи борьбы с родовой болью возможно путем: 1) проведения психопрофилактического метода обезболивания родов, 2) применения гипносуггестивных методов и 3) использования в родах различных фармакологических препаратов и их сочетаний (фармакодинамический метод обезболивания родов).

Ниже мы познакомим читателя с основным советским методом обезболивания родов — с психопрофилактическим методом.

Мы считаем, что акушеру-гинекологу должны быть хорошо известны и некоторые, наиболее совершенные

средства фармакодинамического метода. К этому методу следует прибегать главным образом тогда, когда у рожениц психопрофилактический метод не дал должного эффекта. Чаше это отмечается у женщин, с которыми не проводилось специальной дородовой подготовки, а психопрофилактика у них применяется уже в процессе родов. Помимо этого, надо учесть возможность комбинированного использования этих методов для обезболивания родов, когда психопрофилактический метод в тот или иной период родового акта оказывается недостаточно эффективным.

Глава III

МЕТОД ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ РОДОВЫХ БОЛЕЙ

Теоретическое обоснование метода

Несмотря на теоретическое обоснование, эффективность и абсолютную безвредность обезболивания родов гипно-суггестивными методами, последние не получили в практике широкого распространения.

Главная причина заключается в том, что гипно-суггестивный метод основывается на принципах лечения родовой боли как «физиологической болезни», а не предупреждения ее.

Один из виднейших инициаторов применения гипно-суггестивного метода проф. К. И. Платонов так анализирует причины, препятствующие его массовому распространению: «Методы гипно-суггестии, которые применялись нами и другими, сыграли свою историческую и притом существенную роль. Они показали „ненужность“ родовых болей, а также и безвредность суггестивных методов для матери и ребенка. Но применявшиеся нами и нашими сотрудниками с исследовательской целью различные варианты методики не могли стать и не стали массовыми. Для этого требовался единый разработанный метод и система, доступная широкому кругу акушеров».

Новым методом словесного обезболивания родов, возникшим из гипно-суггестивной системы, явился психопрофилактический метод, доступный для массового применения.

Было бы ошибочным представление о том, что психопрофилактика болей в родах является лишь одной из разновидностей гипно-суггестивного метода родообезболивания, впервые примененного в нашей стране еще в конце прошлого столетия (Я. А. Боткин). Более того, эти методы

построены на принципиально различных теоретических основах.

Как известно, гипносуггестивная методика предусматривает для достижения обезболивающего эффекта в родах необходимость использования частичного, неполного торможения коры головного мозга.

Теоретическое обоснование метода психопрофилактики родовых болей в настоящее время разработано еще недостаточно, однако рядом авторов признано, что психопрофилактическое обезболивание является самым рациональным и самым безвредным методом обезболивания родов. Метод психопрофилактики родовых болей существенно отличается от гипносуггестивного обезболивания родов и в том отношении, что он основан на признании необходимости активирования коры головного мозга у рождающей женщины. «Новый метод отрицает роды во сне, — пишет В. Д. Матвеева, — обязательное присутствие психотерапевта и гипносуггестивную методику как массовую. Он основан на принципе предварительной подготовки женщины, специальном ее обучении и тренировке. Его цель — организовать сознательное отношение женщины к родовому акту».

Термин «активирование коры» надо понимать, повидимому, в том смысле, какой ему придает А. П. Николаев.

«Активирование коры» он понимает: а) как нормализацию взаимоотношений между корой и подкоркой и б) как оптимальное соотношение основных нервных процессов — раздражительного и тормозного — в самой коре, когда в результате достаточной силы раздражительного процесса хорошо концентрируется очаг возбуждения, а в результате достаточной силы тормозного процесса быстро образуется по правилу индукции мощная зона торможения вокруг очага возбуждения.

Самая существенная особенность психопрофилактической системы обезболивания родов заключается в том, что нужно разбить представления беременных о неизбежности болевых ощущений в родах. Эти представления возникают у женщин еще в юном возрасте из рассказов близких и чтения литературы с описанием мучительных болей при родах. Нередко, сочетаясь с безусловными раздражителями, исходящими из области малого таза, они приводят к выработке у женщин еще задолго до родов болевого условного рефлекса на слова «роды», «схватки». Еще легче выраба-

тывается этот условный рефлекс на словесный раздражитель у повторнородящих в том случае, если женщина испытывала боль при первых родах.

«...слово для человека, — писал И. П. Павлов, — есть такой же реальный условный раздражитель, как и все остальные общие у него с животными, но вместе с тем и такой многообъемлющий, как никакие другие, не идущий в этом отношении ни в какое количественное и качественное сравнение с условными раздражителями животных»¹.

Словесный раздражитель может, как показали исследования представителей павловской физиологической школы (К. М. Быков, Н. И. Красногорский, А. Т. Пшоник, К. И. Платонов), оказать не меньшее, а большее воздействие на кору головного мозга по сравнению с физическими и химическими раздражителями. При некоторых условиях один лишь словесный раздражитель может привести к весьма существенным функциональным изменениям в коре головного мозга, которые влияют на функции различных органов.

Применительно к вопросам происхождения родовой боли это положение представителей современной павловской физиологии может легко объяснить возникновение интенсивной родовой боли у рожениц, когда подлинный материальный раздражитель вызывает лишь слабые болевые импульсы. Женщина заранее уже настроена к родовым болям и считает их неизбежными, она ждет их появления. Необходимо придавать значение ряду важных предпосылок, создающих у рожениц состояние «готовности» к восприятию родовой боли. Известно, что боли усиливаются при наличии отрицательных эмоций; страх и ожидание боли снижают порог чувствительности, поэтому лица под влиянием отрицательных эмоций воспринимают даже ничтожные боли как сильные, непереносимые.

Эти положения являются, как мы увидим ниже, обоснованием необходимости серьезной работы с беременными для устранения причин, приводящих к возникновению у роженицы состояния «готовности» к восприятию родовой боли, и для создания у нее положительного эмоционального фона.

¹ И. П. Павлов, Полное собрание трудов, 1947, т. IV, стр. 337.

Как известно, акушерам, наряду с женщинами, страдающими от интенсивных родовых болей, сравнительно не редко приходится наблюдать рожениц, неизменно ощущающих каждую схватку и каждую потугу, но испытывающих при этом совершенно незначительные, легко переносимые боли.

В чем причина этого различия ощущения, различного восприятия родовой боли?

Этот вопрос издавна интересовал виднейших представителей акушерской науки. Однако только на основании учения И. П. Павлова о первой и второй сигнальной системе и об их взаимодействии советским специалистам удалось добиться правильного ответа на этот вопрос. Одинаковая сила интерорецептивных импульсов вызывает у женщин разную интенсивность болевых ощущений, вследствие следующих основных причин:

1) чем активнее кора (в пределах нормы), тем менее активна подкорка, а следовательно, имеются нормальные взаимоотношения с нижележащими отделами нервной системы, и при прочих равных условиях родовые боли будут менее выражены. При понижении активности коры головного мозга, например, в результате перенапряжения нервной системы, легче происходит прорыв импульсов в кору и появляются интенсивные родовые боли, отличающиеся своим протопатическим характером;

2) восприятие родовой боли находится в зависимости от типологических особенностей нервной деятельности, от степени уравновешенности раздражительного и тормозного процессов. Роженицы с сильным типом высшей нервной деятельности, т. е. с хорошо уравновешенными процессами возбуждения и торможения, легче переносят болевые ощущения. С другой стороны, женщины со слабым типом нервной деятельности и неуравновешенными раздражительным и тормозным процессами при равной интенсивности интерорецептивных импульсов с предыдущими нередко тяжело переносят родовую боль;

3) весьма существенное влияние на степень восприятия родовой боли оказывает то или иное эмотивное состояние рожавшей женщины, явившееся результатом условно-рефлекторных наслоений. Отрицательные эмоции понижают порог болевой чувствительности, особенно сильно у женщин со слабым типом нервной деятельности. С другой стороны, положительные эмоции (например, ожидание

ребенка), сами по себе являются сильными раздражителями коры; такие чувства женщины, как ожидание ребенка и представление о нем, преобладают над всеми другими внешними и внутренними раздражителями;

4) ранее перенесенные женщиной роды, сопровождавшиеся сильными болями, и при настоящих родах могут создать условия «готовности» к восприятию болевых ощущений;

5) возникновение болевой доминанты (представления о болезненности родов) вследствие часто повторяемого словесного напоминания о неизбежности родовой боли и чтения литературы с описанием болезненных родов. Эта доминанта оживляется при каждом последующих родах.

Изучение вопросов происхождения родовой боли с позиций физиологического учения И. П. Павлова привело к созданию рациональной системы психопрофилактики родовых болей, в основном предусматривающей необходимость мобилизации корковых функций у рожениц.

В работе К. И. Платонова, И. З. Вельвовского, В. А. Плотичера и Э. А. Шугом, говорится:

«Наблюдая за роженицами глазами психоневролога, приходишь к убеждению, что родовой акт разыгрывается на фоне своеобразных отношений между корой и нижележащими отделами нервной системы, а также между отдельными участками самой коры. Женщина при родах как бы отвлечена от окружающих, мало активна. Вместе с тем, она очень реактивна, эмоционально «загружена» родовой деятельностью, склонна к чрезмерным крикам, двигательному беспокойству и вегетативным реакциям. Ясно, что тормозящее влияние коры на нижележащие отделы здесь ослаблено».

Отсюда и вытекают задачи врача-акушера, правильное решение которых, как оказалось, способствует достижению успеха в смысле профилактики или реального снижения родовых болей.

Одной из самых существенных особенностей психопрофилактического метода обезболивания родов является стремление к воспитанию у женщины целенаправленной активности в родах, т. е. выработки у нее новых условных рефлексов, целесообразных для безболезненного течения родов и затормаживания вредных.

Весьма существенной задачей врача является снятие у женщины страхов перед предстоящими родами и устра-

нение всех отрицательных эмоций, так как они, понижая порог болевой чувствительности, могут привести к усилению активности подкорки и тем самым привести к тому, что импульсы болевого характера не будут подавляться или смягчаться корой.

Важную роль в процессе подготовки женщины к родам играет борьба с неверными представлениями огромного большинства беременных о неизбежности родовых болей, поэтому ее нужно убедить в том, что роды будут безболезненными и без осложнений. Кроме того, беременную необходимо ознакомить с особенностями нормально протекающего родового акта и ощущениями во время него.

Проводя специальную дородовую подготовку беременной и разъясняя, что от активного и правильного поведения женщины в родах в большой степени зависит благополучный исход родов, врач создает в коре головного мозга сильный очаг возбуждения. Активное участие коры и мобилизация корковых функций в родах выполнением ряда приемов, предусмотренных психопрофилактическим методом, приводят к созданию правильных взаимоотношений коры с подкоркой.

Кожные раздражения, возникающие при выполнении приемов, предусмотренных психопрофилактическим методом, как предполагает В. М. Чернов, и раздражают по коре, поддерживают ее тонус и укрепляют очаг возбуждения (доминантный принцип действия).

Дородовая подготовка в женской консультации

Система психопрофилактики болей в родах, проводимая в условиях женской консультации, заключается в следующем: 1) тщательное обследование беременной и наблюдение за ней в течение всего периода беременности с тем, чтобы предупредить возможные осложнения во время родов, и 2) проведение специальной дородовой подготовки.

О необходимости подготовки женщины к предстоящему акту родов говорили многие советские акушеры (К. К. Скробанский и др.), однако эта сложная задача приобрела конкретные формы с максимально возможной детализацией всех видов этой подготовки только в системе психопрофилактики болей в родах.

Система психопрофилактики болей в родах предусматривает в основном: 1) просветительную работу с целью создать у беременной правильное представление о физиологическом течении родового акта и 2) обучить роженицу так называемым приемам обезболивания.

Основная цель первого этапа *п р е д р о д о в о й* *п о д г о т о в к и* беременной заключается в ознакомлении ее с физиологически протекающим родовым процессом. Необходимо рассказать женщине, что такое родовые схватки, как их различать, какие ощущения возникают при схватках, что такое механизм раскрытия шейки матки (роль плодного пузыря), отхождение слизистой пробки, отхождение вод, потужная деятельность и т. д.

Эти занятия обычно проводятся групповым способом.

При подборе групп следует учитывать общеобразовательный уровень беременных. В процессе занятий врач должен обратить внимание беременных на то, что нормальные роды при выполнении приемов, предусмотренных психопрофилактикой, и указаний персонала протекают безболезненно или с легко переносимой болью.

Кроме того, с первых же посещений консультации беременной с последней следует проводить работу по борьбе со страхами перед родовыми болями и внушить ей мысль о возможности безболезненных родов. Важно изменить обычные представления беременных о тяжелых страданиях в родах, снять суггестивные наслеления от рассказов окружающих о якобы неизбежных родовых болях. Если авторитет врача достаточно высок, то уже через несколько посещений женщина будет находиться под воздействием его словесных внушений. Это явится положительным фоном для специальной психопрофилактической подготовки к родам и, несомненно, повысит качество ее.

Для того чтобы словесное воздействие врача было целеустремленным, врач должен тщательно изучить анамнез беременной, найти причины неблагоприятной эмоциональной настроенности, если последняя имеет место, и наметить пути для ее ликвидации.

Отягощенный акушерский анамнез и создавшиеся у женщины прочные представления о неизбежности и особой болезненности при родах имеют большое значение для течения родового акта. Путем словесного воздействия врач

в состоянии изменить эти неверные представления беременной о родовых болях и влиять не только на поведение женщины, но и на восприятие ею боли при родах. Эти задачи преследует так называемый психопрофилактический метод.

Врач путем разъяснения убеждает беременную в том, что успех родов зависит от поведения роженицы, от ее умения правильно использовать схватки и потуги для обеспечения физиологически совершающихся процессов раскрытия родового канала и продвижения плода. Врач должен неоднократно подчеркивать, что правильное поведение женщины во всех периодах родов приводит к экономии сил, которые ей так необходимы, особенно в периоде изгнания плода. Нормальное течение родового акта, которое во многом зависит от поведения роженицы, необходимо также для ребенка.

В процессе бесед с беременной нужно добиться того, чтобы у нее не только появилось чувство спокойствия и уверенности в благополучном завершении родов, но и, помимо снятия отрицательных эмоций, создалось бодрое, жизнерадостное настроение. Слово врача и акушерки должно и может затормозить, угасить старые условные рефлексы, старые представления о неизбежности, неотвратимости и неустранимости родовых болей. С помощью слова можно и нужно создать новые многочисленные условные временные связи (условные рефлексы), используя имеющийся у каждой беременной сильнейший раздражитель коры, вызывающий приятные эмоции — ожидание ребенка.

Второй этап предродовой подготовки заключается в обучении женщин приемам обезболивания. Приемы обезболивания рассчитаны на мобилизацию корковой активности во время схваток и потуг. Женщину обучают глубоким ритмичным вдохам и выдохам в физиологическом темпе дыхания.

Одновременно в сочетании со вдохом и выдохом женщина производит легкое поглаживание нижней половины живота концами пальцев. Кроме того, женщину обучают приему придавливания «точек обезболивания».

Действенность предложенных приемов обезболивания объясняется закономерностями внешнего торможения (см. «Временную инструкцию по методике психопрофилактики болей в родах»).

Авторы метода правильно указывают на необходимость обучения женщины до родов правильному развитию потужного напряжения. Нет сомнения в целесообразности обучения беременной особенностям поведения во время потуг. Авторы психопрофилактического метода указывают на некоторые важные детали этого обучения: «Самую потугу мы рекомендуем выполнять в «три вдоха», тренируем умение задерживать дыхание на протяжении не менее 20 секунд, обучаем смыканию голосовой щели (чтобы «не тужилась в щеки»). Это правильное, энергичное потужное напряжение (равно, как и самая поза во время потуги) определяется, как «прием обезболивания». Оно является действенным, ибо активизирует кору, мобилизует ее высшую «волевою», функцию...».

Все эти приемы способствуют максимальной активности женщины в родах.

Роды, таким образом, лишаются элемента пассивного переживания женщиной неизбежных тягот и болевых ощущений. Роженица становится целеустремленной. Она уверена в том, что желанный благополучный исход родового акта зависит в значительной мере от ее поведения в процессе родов.

Подготовленная по методу психопрофилактики родовых болей женщина активно участвует в родовом акте. Она контактна с медицинским персоналом, и сознательно выполняет все его указания. Отвлечение внимания выполнением приемов обезболивания или сосредоточение внимания на чем-нибудь приятном, захватывающем, нередко приводит к тому, что даже тяжкие органические боли становятся сравнительно легко переносимыми, а иногда и совсем незаметными.

Разрабатывая метод психопрофилактики родовых болей, авторы метода вначале прибегали к специальному использованию моментов гипноидности для закрепления вышеперечисленных приемов как обезболивающих. В дальнейшем оказалось, что в этом нет надобности. А. П. Николаев говорит: «...вся обстановка занятий, проводимых с беременными в порядке подготовки к родам по психопрофилактическому методу, несомненно, способствует некоторому затормаживанию коры и возникновению фазовых гипноидных состояний. Это еще не гипноз, но это уже не абсолютно бодрое, активное состояние коры. И в этом состоя-

ний те внушения, которые неизбежно представляют собой обязательные элементы всякого обучения, воспитания, являясь временными связями, более прочно фиксируются корой».

Не подлежит сомнению, что успех психопрофилактики более в родах зависит от ряда причин, а именно: 1) от умения врача правильно подготовить женщину к родам; 2) от типа нервной деятельности беременной; 3) от правильной организационной формы подготовки. Было бы неправильно полагать, что должного успеха можно достигнуть проведением краткой беседы, сокращением числа занятий, поспешным осмотром беременной. Подобные действия врача наносят ущерб успеху психопрофилактики более в родах.

В тех случаях, когда роды у женщины, прошедшей психопрофилактическую подготовку, в предполагаемые сроки не наступают, возникает опасность срыва всей подготовки. В этих случаях необходимо провести дополнительные занятия, содержание которых имеет целью подавление страхов и опасений, возникающих у беременной, подкрепление и повторение ранее изученного женщиной на занятиях.

Организация психопрофилактики родовых болей в стационаре

Психопрофилактический метод ценен в том отношении, что для его успешного проведения требуется высокий уровень обслуживания женщины как в женской консультации (тщательное обследование, внимательное отношение врача, хорошая постановка дела санитарного просвещения), так и в акушерском стационаре. Нет никакого сомнения в том, что правильное выполнение всех элементов психопрофилактической системы обезболивания еще более повысит качество постановки родовспоможения в нашей стране.

Как организуется работа в акушерском стационаре, куда поступают женщины, подготовленные по методике, предусмотренной системой психопрофилактики боли в родах?

Основное в таком стационаре заключается в том, чтобы весь персонал (врач, акушерка, санитарка) был знаком с принципами подготовки беременной, с приемами обезболивания и выполнял все правила лечебно-охранительного режима.

Во время родов нужно следить за тем, чтобы роженица правильно выполняла приемы обезболивания, а также напомнить ей, как производить эти приемы, если она их забыла или выполняет неправильно.

Эти обязанности требуют выработки четкой слаженности в работе коллектива, ясного понимания теоретических основ данного метода и уверенности в том, что получение хороших результатов обезболивания вполне возможно при надлежащем отношении к этому всего медицинского персонала и роженицы.

Уже в смотровой следует обращать внимание на поведение роженицы: спокойна ли она, нет ли у нее оснований для какой-либо тревоги. Не следует забывать, что обычные санитарно-гигиенические мероприятия, как душ и обмывания, действуют успокаивающе на нервную систему.

Нередко у женщин, подготовленных по психопрофилактическому методу, начало первого периода родов протекает безболезненно. Только во время кульминации периода раскрытия, когда схватки повторяются через 3—4 минуты, появляется ощущение значительного давления и распиравания внизу живота во время схватки и возникает умеренная боль. В это время рекомендуется поглаживать руками кожу нижней части живота в сочетании со вдохами и выдохами. Можно усилить приемы прижатием «точек обезболивания».

Появление беспокойства и боли (жалобы или страдальческое выражение лица) должны заставить акушера, ведущего роды, насторожиться и проверить, нет ли каких-либо отклонений от нормального течения родов. Иногда эти боли объясняются наличием плоского пузыря, ригидностью шейки матки, ущемлением губы шейки и др.

На основании большого практического опыта советских акушеров по применению метода психопрофилактики родовых болей можно утверждать, что при нормальной продолжительности периода раскрытия у женщин, прошедших психопрофилактическую подготовку, оказывается вполне достаточным выполнять два-три приема обезболивания (дыхание, поглаживание живота, прижатие «точек обезболивания»). Целесообразно периодически предлагать женщине наблюдать по песочным часам за частотой и продолжительностью схваток. Это способствует в еще большей степени активному поведению роженицы.

Конец периода раскрытия требует наибольшего внимания со стороны медицинского персонала, так как учащение

ритма маточных сокращений может вызвать тягостные ощущения. Необходимо своевременно «угасить» эти ощущения указанными приемами.

Очень важно напоминать роженице значение правильного выполнения приемов обезболивания в ходе второго периода родов (как только начинается период изгнания плода, врач или акушерка дает краткие указания роженице о значении правильной позы, дыхания и использования «тяги» в процессе потуги).

В промежутках между потугами роженице рекомендуется отдых с расслаблением всех мышц. Врач в краткой беседе оживляет действенность приемов обезболивания, указывает на необходимость смены потужного напряжения расслаблением мышц живота и промежности, когда необходимо перейти на глубокое дыхание.

Второй период родов — изгнание плода — протекает обычно быстро, что объясняется сохранением сил роженицы благодаря ее спокойному поведению в первом периоде родов.

Опыт многочисленных родильных стационаров, начиная от учреждений клинического типа вплоть до колхозных родильных домов, свидетельствует об отсутствии каких-либо осложнений в родах, которые можно было бы поставить в связь с психопрофилактическим методом обезболивания.

Возможно ли применять психопрофилактический метод у рожениц, не прошедших специальной дородовой подготовки?

Такие роженицы, естественно, чтобы успешно овладеть приемами обезболивания, требуют значительного внимания со стороны медицинского персонала. В ряде случаев успех может быть достигнут, особенно если женщина поступила в стационар в самом начале родов, не испытала еще сильных болей, и, следовательно, может сосредоточить свое внимание на беседе врача. Целесообразно, чтобы эта беседа совпала с осмотром женщины в смотровой комнате. Содержанием беседы является краткое и концентрированное изложение того, что является предметом нормальной дородовой подготовки. Особое внимание необходимо обратить на эмоциональный фон роженицы и создать у нее правильное отношение к родам. Здесь же в смотровой нужно обучить роженицу приемам обезболивания.

Успеху беседы и качества подготовки способствует высокая организация работы учреждения, что роженица отлично подмечает по поведению персонала; необходимо, чтобы место для беседы было правильно организовано (удобно для роженицы), чтобы шум и крики из родильного зала, хлопанье дверью не отвлекали внимания женщины и т. д.

Не подлежит сомнению, что и оправдывается на практике, что полноценная дородовая подготовка, проводимая в консультации, дает более стойкий эффект, чем краткая подготовка, проведенная в родильном доме при приеме роженицы.

Успех психопрофилактики родовых болей как при дородовой подготовке беременной в консультации, так и при краткой подготовке в родильном доме зависит также от типа нервной деятельности. У беременных, имеющих слабый тип высшей нервной деятельности, чаще отмечаются «срывы» под влиянием разных обстоятельств (неудачная фраза врача, стоны другой роженицы и пр.). Беременные, имеющие сильный тип высшей нервной деятельности, проявляют большую устойчивость и у них реже наблюдаются «срывы».

Поэтому желательно, чтобы во время родов учитывались особенности типа высшей нервной деятельности.

Признавая необходимость тщательного и постоянного наблюдения за каждой роженицей как в целях правильного ведения родов, так и в интересах психопрофилактики боли, необходимо подчеркнуть особую необходимость непрерывного наблюдения за роженицами со слабым типом высшей нервной деятельности.

Сочетанное применение метода психопрофилактики родовых болей с гипноуггестивными приемами или с фармакологическими болеутоляющими средствами

Несмотря на высокую эффективность психопрофилактического метода, даже при условии правильной предродовой подготовки женщин и правильного выполнения ими приемов обезболивания в стационаре, возможны неудачные результаты. Поэтому совершенно естественны попытки повышения эффективности психопрофилактики родовых болей в тех случаях, когда получение надлежащего обезболиваю-

щего эффекта затруднено, например, у женщин, больных нервными и психическими заболеваниями, у женщин при наличии устойчивых отрицательных эмоций, с тяжелым акушерским анамнезом.

Несмотря на различные механизмы действия, оказалось возможным повысить эффективность психопрофилактического метода у этих женщин путем использования некоторых элементов гипносуггестивного обезболивания. Впервые предложил сочетать психопрофилактический метод с гипносуггестивными приемами К. И. Платонов. Он писал: «Разработанные ранее варианты суггестивного обезболивания не теряют своего значения и могут быть использованы эпизодически, как вспомогательные в процессе применения основного психопрофилактического метода». Такой комплексный метод применяется Р. А. Окуневым в акушерской клинике I Ленинградского медицинского института имени И. П. Павлова.

Основа методики этого комплексного метода обезболивания заключается в следующем: беременные посещают консультацию с 35—37 недель беременности с целью подготовки к безболезненному течению родов. Первые три занятия не отличаются от занятий, предусмотренных психопрофилактическим методом, за исключением лишь одного важного раздела: беременной рекомендуется ежедневно использовать самовнушение, заключающееся в том, что женщина несколько раз в течение дня упражняется в глубоких вдохах, повторяя при этом «глубокий вдох устраняет боль».

После этих занятий проводится несколько (до пяти) сеансов сонного торможения, в процессе которых во время частичного сна закрепляется все сказанное на предыдущих занятиях, причем неоднократно подчеркивается, что роды будут протекать безболезненно.

На сеансах сонного торможения, как и следовало ожидать, Р. А. Окуневым было отмечено несколько «степеней сна». Состояние глубокого гипнотического сна автор обозначает цифрой 3, менее глубокого — цифрой 2, состояние покоя или легкой дремоты обозначает цифрой 1. Такая градация производилась из-за того, что различным фазам гипнотического состояния соответствует и различная степень внушаемости.

В результате анализа «степеней сна», достигнутых на сеансах, автор довольно правильно мог предсказать силу

болевых ощущений при предстоящих родах, так как чем выше была «сумма степеней сна», достигнутая на всех сеансах сонного торможения, тем эффективнее были результаты обезболивания. Сочетанное применение методов психопрофилактики родовых болей и гипносуггестивных приемов позволило Р. А. Окуневу прийти к заключению, что такое обезболивание родов имеет известные преимущества у тех женщин, когда врач не уверен в получении хороших обезболивающих результатов (например, у женщин с неуравновешенными процессами возбуждения и торможения в центральной нервной системе).

Разумеется, не исключена возможность, а иногда и необходимость сочетания метода психопрофилактики с фармакологическими болеутоляющими средствами.

По нашему мнению, это бывает необходимо, когда: 1) отсутствует положительный результат обезболивания родов психопрофилактическим методом и 2) длительность родового акта и различные тяготы, связанные с индивидуальными особенностями родов, приводят к утомлению роженицы или к перевозбуждению ее нервной системы.

На основании практического опыта мы рекомендуем применять болеутоляющие средства в дозах, не вызывающих резкого торможения коры головного мозга. В ряде случаев мы получили вполне удовлетворительные результаты, сочетая психопрофилактику родовых болей с подкожным введением 0,5—1 мл 1% раствора текодина. Допустимо также применение лидола (подкожно по 50—100 мг). Наконец, при недостаточном обезболивающем эффекте в периоде изгнания плода возможно приемы обезболивания психопрофилактического метода сочетать с проведением анестезии срамного нерва.

Применяя дополнительно болеутоляющие средства в случаях «срыва» метода психопрофилактики, необходимо тщательно анализировать причины неудачи. Эти причины обуславливаются: 1) плохо проведенной дородовой подготовкой; 2) особенностями нервно-психического состояния женщины, которые не были учтены своевременно в период дородовой подготовки; 3) нарушением лечебно-охранительного режима в родовспомогательном учреждении.

Изучение указанных причин «срывов» укажет пути их предупреждения.

Первые итоги применения психопрофилактического метода и оценка его советскими акушерами

В настоящее время имеются наблюдения об успешном использовании психопрофилактического метода при ведении многих десятков тысяч родов.

По данным И. З. Вельвовского, правильное применение метода психопрофилактики родовых болей при условии проведения полноценной предродовой подготовки дает положительные результаты более чем в 90% случаев родов. В акушерской клинике I Ленинградского медицинского института имени И. П. Павлова положительные результаты были получены примерно в 75% случаев родов. В Институте акушерства и гинекологии Академии медицинских наук СССР не удалось добиться эффекта лишь у 2,7% рожениц, у 11,1% было достигнуто частичное обезболивание, незначительную болезненность испытывали на отдельных этапах родов 33,9% рожениц, у 52,3% было достигнуто полное обезболивание (А. П. Николаев и С. Н. Астахов).

Такая высокая оценка эффективности метода психопрофилактики, как показали последующие наблюдения, является преувеличенной и объясняется тем, что в нашем распоряжении нет способов объективного учета силы родовых болей.

Несомненно, различная эффективность метода в учреждениях объясняется степенью освоения метода, характером перестройки работы женской консультации и стационара, сознательностью отношения их коллективов к задаче всемерного повышения качества обслуживания беременной и роженицы.

Также несомненно, что данный метод безусловно безвреден для матери и плода и целесообразен, так как способствует дисциплинированному поведению женщины в родах, экономному расходованию ее сил во время схваток и потуг, отвлечению ее внимания от тягот родового процесса. По мере улучшения качества предродовой подготовки и усиления внимания медицинского персонала к обеспечению выполнения всех деталей метода будет повышаться и его эффективность.

На объединенной научной конференции Президиума Академии медицинских наук СССР и Ученого совета Мини-

стерства здравоохранения СССР, посвященной вопросам обезболивания в родах (29/I—31/I 1951 г.), ряд авторов выступили с анализом своей работы по изучению психопрофилактического метода и единодушно призывали к широкому его распространению.

«Мы, — сказал в своем докладе проф. К. И. Платонов, — настраиваем кору на правильное течение родового акта. В концепции психопрофилактики по-новому дается подход к родовым болям. Нельзя не согласиться, что родовые боли действительно двойки: в осложненном родовом акте они одни, в нормальном—другие. Отсюда и борьба с ними как с массовым явлением основана на следующих четырех принципах: 1) устранение искусством акушеров неправильностей родового акта; 2) борьба с отрицательными эмоциями; 3) устранение вредных и создание новых, полезных временных связей во второй сигнальной системе; 4) борьба с чрезвычайным тормозным состоянием коры, борьба за ее деятельное состояние».

Эта концепция соответствует основным положениям физиологического учения И. П. Павлова. Клинические наблюдения и практические результаты, полученные при применении психопрофилактической системы обезболивания родов, построенной на основе этой концепции, подтверждают это.

По данным Института акушерства и гинекологии Академии медицинских наук СССР, психопрофилактическое обезболивание никогда не замедляет родовой деятельности. Средняя продолжительность родов при психопрофилактическом методе обезболивания меньше, чем при других способах обезболивания. Индивидуальное, чуткое, внимательное отношение к беременной на всех этапах ее обслуживания, — в женской консультации и родильном доме — является непременным условием для успешного проведения психопрофилактического метода обезболивания родов.

По данным Р. М. Бронштейн, Е. И. Ивановой, П. П. Никулина и В. Н. Шишковой (Институт акушерства и гинекологии Министерства здравоохранения СССР), метод психопрофилактического обезболивания родов заслуживает исключительного внимания и должен стать массовым, так как он доступен всем акушерам-гинекологам.

Оценивая преимущества психопрофилактического метода обезболивания родов, мы можем назвать его физиологическим. Этот метод имеет целью: а) восстановить нормаль-

ные взаимоотношения между корой и подкоркой; б) активизировать, тонизировать корковые процессы, как возбуждающие, так и тормозные; в) снять неприятные эмоции, главное, эмоции страха, снижающие порог чувствительности и потому облегчающие «прорыв» interoцептивных импульсов в кору; г) угасить старые бесполезные и вредные для безболезненного течения родов и выработать новые (целесообразные, полезные) временные связи (условные рефлексy).

С теоретической стороны многое в этом методе еще недостаточно обосновано и требует дальнейшей углубленной разработки.

С важнейшими деталями методического характера можно ознакомиться по «Временной инструкции по методике психопрофилактики болей в родах» (см. Приложение).

акusher-lib.ru

Г л а в а IV

ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКИЙ МЕТОД ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ

Особенности фармакодинамического метода обезболивания родов

Фармакодинамический метод обезболивания родов предусматривает использование в родах различных наркотических, снотворных и болеутоляющих средств и их сочетаний. Некоторые средства используются для целей местного инфильтрационного обезболивания гиперестезированных в родах кожных зон (зон Ю. Снегирева), а также для анестезии срамного нерва (новокаин). Помимо этого, стремление одновременно с болеутоляющим эффектом достигнуть также ускорения родов привело к применению ряда противоспазматических средств, ускоряющих раскрытие зева (лидол, белладонна, папаверин, атропин и др.) и усиливающих родовую деятельность.

Основные трудности обезболивания родов обусловлены рядом специфических особенностей родового акта и прежде всего длительностью родов. Ни один самый совершенный метод хирургической анестезии не может удовлетворить акушера: родовый акт, даже быстро завершающийся рождением ребенка, значительно продолжительнее самого сложного оперативного вмешательства. Поэтому для обезболивания родового акта обычными методами современного хирургического обезболивания потребовались бы такие количества наркотических, снотворных и болеутоляющих средств, которые, несомненно, оказались бы вредными как для матери, так и для плода.

Вторая трудность акушерского обезболивания зависит от необходимости подбора лишь таких наркотических или

болеутоляющих средств и в таких дозировках, которые не могут привести к утрате ряда необходимых для родового акта рефлексов, к понижению интенсивности схваток и потуг. Известно, что слишком глубокий наркоз может ухудшить родовую деятельность или даже подавить ее, особенно в периоде изгнания плода.

Наконец, акушеру, ведущему роды с применением обезболивающих средств, постоянно приходится помнить о возможности прохождения наркотических и болеутоляющих препаратов, пусть в незначительных количествах, через плаценту, и о влиянии этих средств на организм плода, на его жизненно важные центры — сосудодвигательный и дыхательный. Надо учесть, что опасность неблагоприятного воздействия болеутоляющих средств на плод и дальнейшее развитие новорожденного связана с неправильным применением этих средств и часто бывает преувеличена.

Конечно, все перечисленные трудности и недостатки свойственны лишь фармакодинамическому методу обезболивания родов. Вместе с тем они совершенно несвойственны гипносуггестивному и психопрофилактическому методу.

Несмотря на положительные отзывы советских акушеров об эффективности метода психопрофилактики болей в родах, вопрос о полной замене им фармакодинамического метода во всех случаях родов нуждается в дальнейшей разработке. Поэтому знание акушером-гинекологом основных средств для эффективного и безвредного обезболивания родов и применение их и тогда, когда психопрофилактика не достигла желаемого эффекта в родах, надо считать необходимым.

Комбинированное применение средств фармакодинамического метода

Болеутоляющий эффект в родах может быть достигнут путем применения ряда фармакологических средств. В частности, можно использовать: 1) средства, применяемые для ингаляционного наркоза (преимущественно эфирного); 2) некоторые болеутоляющие препараты (морфин, пантопон, лидол, текодин и др.); 3) препараты для местной инфильтрационной и проводниковой анестезии в родах (пудендальная анестезия, инфильтрационная анестезия по методу Вишневого и др.).

Для местной анестезии преимущественно используются слабые растворы новокаина (0,5—0,25%). В последнее время для анестезии срамного нерва рекомендуется новый советский препарат люпикаин в разведении 1:2 000 (К. М. Фигурнов).

Естественно, что, добиваясь большей длительности действия, безвредности и эффективности средств фармакодинамического метода обезболивания родов, акушерам неизбежно приходится идти по пути комбинированного применения различных препаратов, конечно, с учетом их фармакологического действия (в расчете на синергическое действие), периода родов, интенсивности болевых ощущений и различных особенностей родового акта. Это старый путь сторонников фармакодинамического метода обезболивания родов (Е. М. Курдиновский, К. К. Скробанский и др.), несомненно, облегчающий задачу акушерам по обеспечению рожавшей женщине реального снижения родовой боли на более или менее значительное время.

Так, многими специалистами рекомендуется комбинированное использование в родах морфина и сернокислого магния, обладающих синергическим действием; некоторых жаропонижающих средств с белладонной и препаратами морфинной группы; сочетанное применение лидола и текодина и др.

Допустимо ли применение в родах препаратов, вызывающих сон или дремотное состояние

Как известно, фармакологические средства, применяемые для обезбоживания в родах, приводят к усилению тормозных процессов в коре головного мозга, понижению ее возбудимости. Некоторые из этих средств одновременно с понижением при схватках ощущения боли способствуют возникновению дремотного состояния у роженицы или даже выраженного сна (например, морфин, паральдегид и др.). Как следует расценивать наступление такого состояния в родах? Допустимо ли применение в родах препаратов, вызывающих дремотное состояние или сон?

Этот вопрос издавна интересовал акушеров. Большинство специалистов, работавших в области обезбоживания родов, признавали желательность дремотного состояния у рожавшей женщины, особенно в часы наиболее мучитель-

ных болевых ощущений конца периода раскрытия. Считают, что даже кратковременный сон в паузах между схватками до известной степени обеспечивает отдых перенапряженной нервной системе (Е. М. Курдиновский, Ф. Н. Ильин, К. К. Скробанский и др.).

И. П. Павлов доказал, что клетки больших полушарий головного мозга должны тщательно оберегаться от перенапряжения и что таким охранительным средством для клеток больших полушарий и является торможение. Это в полной мере относится и к роженице, нервно-психическое состояние которой в родах может ухудшаться от чрезмерно длительного родового акта и от мучительных и длительных болевых ощущений.

Э. А. Асратян пишет: «Длительное бодрствование и в еще большей мере напряженная работа способны утомлять, ослаблять и даже истощать клетки мозга. Имеется предел, выше которого дальнейшее ослабление и истощение нервных клеток может привести к нежелательным для них последствиям, нанести им значительный вред, а то и вовсе погубить их».

Разумеется, что нормально протекающий родовый акт не приводит к возникновению этих осложнений. «Мы хорошо знаем, — писал К. К. Скробанский, — что роды являются чисто физиологическим процессом и что даже женщины, у которых они протекают тяжело и с большими страданиями, обычно забывают довольно быстро и легко о перенесенных страданиях».

Однако в связи с чрезмерным возбуждением роженицы, обусловленным резкими и длительными родовыми болями, особенно при наличии сильного страха перед ними, у легко возбудимых женщин может развиваться состояние «нервного истощения, зачастую продолжающегося долгое время» (К. К. Скробанский). К тому же не следует забывать, что в единичных случаях родовая боль при условии особенно резкой интенсивности может привести к дистрофическим изменениям в тканях центральной нервной системы и ряда других органов. Е. М. Курдиновский, К. К. Скробанский и др. не раз указывали, кроме того, на возможность возникновения тяжелого шока как следствия нервно-психической травмы, обусловленной интенсивной родовой болью.

Все это является серьезным теоретическим обоснованием для использования методов охранительного торможения при обезболивании длительно протекающих родов, отли-

чающихся, как известно, у ряда рожениц особенно интенсивной родовой болью. К охранительному торможению с помощью фармакологических средств акушер должен прибегать и для обезболивания родов у тех рожениц, у которых метод психопрофилактики родовой боли или использование гипносуггестивных приемов не дали достаточного эффекта.

Базируясь на положении физиологического учения акад. И. П. Павлова об охранительной роли сонного торможения, К. К. Скробанский писал: «...длительный акт родов, требующий от женщины затраты громадного количества энергии, должен сопровождаться не только затратой этой энергии, но и периодическим накоплением ее. Последнее осуществляется в организме только в период сна, так как сон, как известно, и является физиологически необходимым периодом покоя для накопления новых сил, которые организм использует в периоды последующего бодрствования...».

В настоящее время акушеры используют лишь такие фармакологические препараты, которые одновременно с болеутоляющим эффектом вызывают лишь легкое дремотное состояние на протяжении 2—3—4 часов и не препятствуют необходимому для родов развитию сократительной функции матки и брюшного пресса (морфин, пантопон, лидол, текодин, комбинация двух последних препаратов и др.).

Длительный сон на протяжении ряда часов может быть необходим далеко не всегда, а лишь в отдельных случаях при затяжном, болезненном течении родов.

Следовательно, достижение обязательно снотворного эффекта при использовании средств фармакодинамического метода обезболивания родов у большинства рожениц является ненужным. Часто оказывается достаточным пребывание роженицы лишь в неглубоком дремотном состоянии, при котором понижается возбудимость коры головного мозга, что дает женщине возможность несколько часов отдохнуть, не ухудшая моторную функцию плодонизгоняющего аппарата.

Необходимые требования к средствам фармакодинамического метода обезболивания родов

К сожалению, следует признать, что, несмотря на большое количество предложенных препаратов для обезболивания родов, в настоящее время нет ни одного

средства, которое могло бы полностью удовлетворить требованиям, связанным с достаточной эффективностью и длительностью действия. Однако, учитывая эти недостатки, их можно свести к минимуму.

Первое и основное требование, предъявляемое к средствам фармакодинамического метода, — полная безвредность их для матери и ребенка. Это требование относится к разряду в полной мере осуществимых при условии правильной дозировки препаратов. Несмотря на то, что при правильном применении средств для обезболивания родов опасность внутриутробной асфиксии очень мала, следует учитывать возможность этого осложнения и постоянно следить за состоянием плода. При появлении первых признаков угрожающей или начинающейся асфиксии плода наиболее целесообразным является проведение «триады» А. П. Николаева.

Вторым обязательным требованием к болеутоляющим средствам, применяющимся при родах, является отсутствие угнетающего влияния на интенсивность родовой деятельности. Это требование осуществимо при условии одновременного применения с рядом болеутоляющих средств некоторых препаратов, способствующих усилению родовой деятельности (например, прозерина).

Помимо этого, среди современных препаратов, применяющихся при обезболивании родов, имеются такие, которые регулируют, усиливают родовую деятельность или обладают так называемым спазмолитическим действием, проявляющимся в родах укорочением периода раскрытия шейки матки (лидол, платифиллин, белладонна и др.). Следовательно, некоторые средства обезболивания родов приводят к укорочению родового акта.

Третье обязательное требование к болеутоляющим средствам, применяющимся при родах, — быстрота наступления болеутоляющего эффекта, достаточная глубина и длительность обезболивания.

Помимо этих основных требований, не следует забывать о нежелательности использования таких методов родообезболивания, которые являются обязательными и

для рожениц по технике их применения или сопровождаются болезненными и неприятными манипуляциями (например, некоторые модификации широко применявшейся анестезии кожных зон, связанной с многочисленными инъекциями).

Естественно, надо помнить и о том, чтобы метод обезболивания был технически прост и легко выполнен медицинским персоналом.

В разрезе этих требований ниже мы и разберем наиболее эффективные и вместе с тем безвредные для матери и ребенка средства обезболивания родов, а также некоторые из целесообразных сочетаний этих средств. Именно поэтому мы совершенно не остановимся даже на краткой характеристике тех средств, которые в настоящее время не применяются советскими акушерами из-за недостаточной эффективности и безвредности. В отношении некоторых средств обезболивания родов до настоящего времени нет единого мнения об их эффективности и безопасности для матери и плода и поэтому они не могут рекомендоваться для широкого применения (например, внутривенное введение антипирина и пантопона). Многочисленные другие, сравнительно мало эффективные средства фармакодинамического метода утратили полностью свое значение в связи с успешной разработкой и широким внедрением в практику психопрофилактического метода и поэтому в данной работе, предназначенной для практического врача, не рассматриваются.

Глава V

НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ СРЕДСТВА И ИХ СОЧЕТАНИЯ ДЛЯ ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКОГО МЕТОДА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ

М о р ф и н

Морфин (Morphinum) — алкалоид, содержащийся от 2,7 до 22,8% в опии или засохшем млечном соке, выступающем из надрезов незрелых головок мака.

Еще в 70-х годах прошлого столетия Н. Н. Сочава широко пропагандировал применение морфина с целью обезболивания родов.

Обезболивающее действие морфина основано на подавлении способности чувствительных центров коры головного мозга воспринимать болевые ощущения, результатом чего является притупление болевой чувствительности (центральная гипалгезия). Наиболее заметно действие морфина на дыхательный центр, понижение прямой и рефлекторной его возбудимости и успокоение кашля (В. И. Скворцов).

Морфин подавляет неприятные ощущения: недомогание, страх, боли. Выраженное снотворное и болеутоляющее действие морфина легче возникает в условиях тишины.

Ценным является то обстоятельство, что терапевтические дозы морфина не ухудшают работу мышц матки. Наоборот, предполагают, что морфин способен создавать условия, повышающие сократительную деятельность матки. Об этом говорят клинические исследования К. К. Скробанского, Г. Г. Гентера, А. И. Петченко и др. В ряде случаев при слабости родовых схваток, связанной с утомлением роженицы, под влиянием морфина наступает спокойное состояние и сон в течение нескольких часов, что сравнительно скоро «настраивает» родовую деятельность: схватки становятся более интенсивными, более длительными и ритмичными.

При нормальных, но болезненных схватках в периоде раскрытия подкожная инъекция 1 мл 1% раствора морфина уже через 10—15 минут значительно снижает интенсивность болевых ощущений. Роженица становится спокойнее и в паузах между схватками начинает дремать. Очень часто можно наблюдать выраженный снотворный эффект, когда внешне спокойное поведение женщины позволяет даже подумать о прекращении у нее родовой деятельности. На самом же деле у огромного большинства рожениц родовая деятельность не ослабляется и схватки достигают иной раз максимальной силы, не сопровождаясь, как раньше, резкими болями; можно нередко отметить временное прекращение родовой боли. Длительность анальгезирующего действия морфина в указанной дозе обычно не превышает $1\frac{1}{2}$ —2 часов.

Неоднократно высказывались сомнения относительно возможности обезболивания родов морфином из-за неблагоприятного влияния его на дыхательный центр плода. Морфин, проходя через плаценту, поступает в кровь плода (Б. И. Литвак), а это может обусловить возникновение асфиксии уже после рождения ребенка из-за недостаточной возбудимости дыхательного центра (Г. Г. Гентер). Поэтому рекомендовалось не прибегать к применению морфина, если рождение плода может произойти через 2—4 часа после введения морфина в организм роженицы. Хотя боязнь отрицательного влияния морфина на дыхательный центр плода преувеличена (К. К. Скробанский, А. П. Николаев, А. М. Фой и др.), все же надо признать, что этот вопрос еще достаточно не изучен. Поэтому не следует применять морфин в периоде изгнания плода или при сравнительно быстром течении родового акта. Лучшее время для применения морфина — начало и середина периода раскрытия.

В настоящее время морфин советскими акушерами применяется главным образом у рожениц, у которых резко выражены болевые ощущения, причем лишь в комбинации с серноокислым магнием, так как эти препараты обладают синергическими свойствами.

П а н т о п о н

Пантопон (Pantopon), или омнопон (Omnopon), является заменителем морфина. Пантопон представляет собой смесь хлористоводородных солей алкалоидов опия,

растворимых в воде и спирту, морфина же в нем содержится примерно 48—50%. Считают, что входящие в препарат алкалоиды опия, с одной стороны, смягчают токсическое влияние, свойственное морфину, а с другой — усиливают, вследствие явлений синергизма, обезболивающий эффект.

Обычная доза пантопона, применяемая для обезболивания родов, — 1 мл 2% раствора под кожу. Длительность анальгезирующего эффекта в родах не превышает $1\frac{1}{2}$ —2 часов.

Обезболивающее действие пантопона и его длительность в общем сходны с эффективностью морфина. Преимуществом пантопона является то, что он менее токсичен и, следовательно, менее угнетает дыхательный центр (Н. П. Кравков, М. М. Лихачев).

На основании наблюдений К. К. Скробанского, К. Н. Жмакина, Б. И. Рессина, Р. А. Чертока, Н. П. Лебедева, Л. С. Бебчука, А. И. Петченко и др. пантопону не свойственно угнетение моторной функции матки в родах. Впрочем, А. К. Софотеров, В. Ф. Гливенко, Н. Е. Сидоров, А. А. Скворцова и др. отмечают возможность некоторого угнетения родовой деятельности при применении пантопона.

На основании практического опыта мы не можем отметить никаких преимуществ пантопона перед морфином и обычно склоняемся к применению в родах морфина, если имеются резко выраженные болевые ощущения, необходимость регуляции родовой деятельности при спазматических и поэтому неэффективных схватках, а также если роженица крайне утомлена.

Комбинированное применение морфина или пантопона с серноокислым магнием

За последние 17 лет советские акушеры для обезболивания родов чаще всего применяют морфин одновременно с солями магния. При введении в организм серноокислый магний (*Magnesium sulfuricum*) оказывает слабое наркотическое действие.

Целесообразность комбинированного внутримышечного введения серноокислого магния с морфином (4 мл 25% раствора серноокислого магния и 1 мл 1% морфина) при обезболивании родов объясняется явлением синергизма этих двух средств: серноокислый магний, будучи введен в орга-

низм одновременно с морфином, обуславливает более длительное действие последнего препарата.

Наш весьма значительный многолетний опыт применения магниально-морфинной анестезии при родах позволяет утверждать, что этот вид обезболивания является одним из наиболее эффективных во время родового акта.

Обезболивающий эффект от введения сернокислого магния (4 мл 25% раствора или 2 мл 50% раствора) с морфином (1 мл 1% раствора) выявляется обычно на протяжении 10—15 минут после инъекции. Нередко роженицы впадают в состояние легкой дремоты или даже неглубокого сна. Временами наступающие схватки прерывают его, но сильных болей, которые ощущались до анестезии, уже не бывает.

Средняя длительность обезболивающего эффекта равна $1\frac{1}{2}$ —2 часам. Болезненность схваток нарастает обычно постепенно, в течение 1—2 часов после того, как схватки становятся вновь болезненными. Именно это свойство данного сочетания средств иногда позволяет при сравнительно быстрых родах, главным образом у повторнородящих, ограничиться на протяжении родового акта применением одной лишь морфинно-магниальной анестезии.

На основании наблюдений мы считаем, что данный метод обезболивания не оказывает отрицательного влияния на родовую деятельность, а нередко способствует установлению ритмичной и интенсивной родовой деятельности, особенно если до применения анестезии имели место какие-либо неправильности в отношении частоты или силы схваток. В тех случаях, когда процессы раскрытия зева задерживались в связи с его ригидностью, со спазматическим характером сокращений матки или просто недостаточной интенсивностью их, инъекция морфина и сернокислого магния оказывалась чрезвычайно эффективной.

Кроме того, когда родовая деятельность, особенно у женщин, склонных к истерическим реакциям, не могла достигнуть необходимой силы из-за крайне беспокойного поведения рожениц и непомерного чувства страха, применение морфинно-магниальной анестезии иногда очень быстро успокаивало рожениц и приводило к появлению у них продуктивных схваток.

Несмотря на отсутствие осложнений в родах, которые можно было бы приписать морфинно-магниальной анестезии, мы считаем, что этот вид обезболивания должен

применяться лишь в периоде раскрытия после установившихся регулярных схваток, преимущественно с середины первого периода родов. В конце периода раскрытия и в периоде изгнания применять морфинно-магнезиальное обезболивание не следует. Это соображение диктуется исключительно боязнью отрицательного воздействия морфина на дыхательный центр плода.

Пантопон с серноокислым магнием применяется также в середине периода раскрытия с теми же предосторожностями, что и морфин.

Обычная дозировка — 1 мл 2% раствора пантопона и 4 мл 25% серноокислого магния. Смесь вводится внутримышечно в верхне-наружный квадрант ягодичной области (как и морфин с серноокислым магнием). Комбинированное применение пантопона с серноокислым магнием никаких преимуществ перед морфинно-магнезиальной анестезией не имеет.

Лидол

Лидол (Lidolum) — белый кристаллический порошок, хорошо растворимый в воде и спирту; температура плавления 185 — 188,5°. Водные растворы слегка горького вкуса, нейтральной реакции.

Химически лидол представляет собой хлоргидрат 1-метил-4-фенил-пиперидин-4-этилового эфира карбоновой кислоты. Синтезирован в СССР в 1939 г. Аналогичные зарубежные препараты выпущены под следующими названиями: долантин, петидин, демерол, изонипекаин, эйдолат. Болеутоляющие и токсические свойства лидола и долантина идентичны (М. Г. Созина).

Лидол обладает выраженными спазмолитическими свойствами, что объясняется его атропиноподобным действием. Спазмолитический эффект особенно заметно проявляется при спастических состояниях гладкомышечных органов и при спазмах сосудов; лидол вызывает частичное угнетение парасимпатических нервных окончаний. Помимо спазмолитического эффекта, этот препарат обладает анальгезирующими морфиноподобными свойствами, а также седативным действием. По данным М. Г. Созиной, болеутоляющее действие лидола в опытах на животных в 2—3 раза слабее действия морфина. Препарат малотоксичен, однако большие дозы его иногда могут привести к явлениям угнетения дыхания и к депрессорному воздействию на кровообращение.

На основании наблюдений клиницистов можно утверждать, что однократное введение 100 мг препарата людям с нормальной функцией органов дыхания и кровообращения безвредно.

Лидол после всасывания быстро разрушается в печени и поэтому не вызывает кумуляции (З. Н. Павловская).

Противопоказания к применению лидола — явления угнетения дыхания и кровообращения, повышенное внутричерепное давление (М. Д. Машковский).

Лидол представляет интерес для акушерской практики как средство для обезболивания родов, их ускорения в периоде раскрытия из-за спазмолитического влияния на шейку матки, а также как средство, регулирующее сократительную функцию матки в родах.

При обезболивании родов лидол применяется в виде подкожных инъекций (3 мл 3% раствора) после установившегося ритма маточных сокращений (примерно при открытии зева на 1¹/₂—2 пальца при сглаженной шейке).

Наиболее удобно в акушерской практике применять препарат в виде 5% стерильного раствора, вводимого в количестве 2 мл, т. е. содержащего 100 мг лидола. Подобное количество лидола может быть введено в виде свечи или путем микроклизмы в прямую кишку.

Обычно уже через 15—20 минут после инъекции боли при схватках становятся менее выраженными. Нередко в паузах между схватками появляется легкое дремотное состояние. Внешне роженицы начинают вести себя более спокойно. Незначительно снижается артериальное давление. Болеутоляющий, но обычно далеко не полный эффект длится не более 2—3 часов.

По данным З. Н. Павловской (клиника, руководимая проф. К. М. Фигурновым), заметное болеутоляющее действие лидола наблюдается лишь у 50% рожениц; у 25% рожениц эффект незначительный и кратковременный, а у остальных 25% рожениц обезболивающего эффекта не наступает.

Некоторые советские акушеры добиваются более выраженного и более длительного обезболивающего эффекта путем повторного применения такой же дозы препарата после того, как болеутоляющее действие препарата прекращается (не ранее чем через 4—5 часов после первой инъекции)

или комбинируют применение лидола с другими анальгезирующими веществами.

Впрочем, несмотря на слабое обезболивающее действие лидола, применение его целесообразно в связи со спазмолитическим влиянием на шейку и стимулирующим воздействием на сократительную деятельность матки. В этом мы убедились и экспериментально, и путем тщательного анализа клинических данных.

Согласно нашим данным, лидол обладает свойством положительно воздействовать на интенсивность сократительной деятельности матки. В 16 опытах на рогах матки крольчих *in situ*, по Николаеву-Субботину, внутривенное введение 10—20 мг препарата уже через 7—8 минут привело в 12 опытах к значительному учащению ритма сокращений рогов матки (иногда в 2—3 раза), нередко сопровождающемуся и повышением тонуса сокращений. В 5 опытах наблюдалось еще и параллельное повышение амплитуды сокращений (до 40% по сравнению с исходными данными).

В опытах на изолированных рогах белых мышей были получены почти аналогичные результаты: если лидол в разведении 1 : 200 000 и 1 : 150 000 оставляет функцию сокращающегося рога без изменения, то лидол в концентрации 1 : 100 000 уже приводит к нерезкому, но четкому учащению ритма сокращения. Концентрация же препарата 1 : 75 000 дает еще более значительное учащение сокращений, в среднем достигающее 25—40% по сравнению с исходными данными. При дальнейшем увеличении концентрации до 1 : 50 000 и 1 : 33 000 еще больше учащаются сокращения матки, одновременно уменьшается амплитуда сокращений без заметного влияния на тонус.

Характерно, что в трети опытов по преимуществу на рогах беременных белых мышей при использовании дозы 1 : 75 000 и 1 : 50 000 это ускорение ритма идет параллельно со значительным повышением амплитуды сокращений (на 40—50%).

В ряде опытов, особенно на активных рогах беременных белых мышей, при испытании лидола в концентрации 1 : 15 000, 1 : 20 000 наблюдается крайне выраженная активизация работы рога: имеет место быстрое небольшое повышение тонуса, появление частых, значительных по амплитуде сокращений с многочисленными мелкими добавочными сокращениями. Через несколько минут подобной интенсивной

работы последняя принимает характер прежних спонтанных сокращений с повторением через 7—10 минут вновь подобной «волны» резкой активизации сократительной функции (А. М. Фой и А. Л. Чайковская).

Значительный интерес представляет свойство лидола, заключающееся в стимуляции сократительной деятельности неактивных рогов с отсутствовавшими спонтанными сокращениями. Отмывание этих рогов после положительного воздействия на них лидола вновь приводит к прекращению их сокращений.

Положительное влияние лидола на сократительную деятельность маточной мускулатуры, повидимому, объясняется угнетением лидолом активности холинэстеразы (М. Д. Машковский и А. М. Толстая). Этим же свойством отличаются также некоторые другие болеутоляющие средства—текодин, фенадон, морфин.

На основании наших клинических наблюдений, проведенных над 903 роженицами (однократно им вводилось под кожу 90—100 мг лидола), можно сделать следующий вывод: препарат, безусловно, не только не парализует сократительную деятельность плодоизгоняющего аппарата, но и приводит в большинстве случаев быстро к усилению родовой деятельности.

На основании тщательного клинического анализа родов с повторными влагалищными исследованиями и регистрацией схваток, особенно у первородящих, можно утверждать, что спазмолитические свойства препарата (лидола), несомненно, приводят к облегченному и ускоренному течению первого периода родов. Быстро нормализуется родовая деятельность, если схватки до применения лидола носили спазматический характер. З. Д. Савельева также сообщает о родоускоряющем действии лидола.

Длительность анальгезирующего действия 90—100 мг препарата, вводимого однократно, обычно не превышает 2—3 часов (А. М. Фой, Л. М. Аксель и др.).

Несмотря на то, что лидол обладает кратковременным и недостаточно сильным обезболивающим эффектом, спазмолитические свойства препарата не позволяют от него отказаться.

Для усиления обезболивающего эффекта лидола целесообразно не повторять применение последнего, а комбинировать его с бо-

лее сильными аналгезирующими веществами, например, с текодином.

Отрицательного влияния лидола на состояние плода и развитие новорожденного нам установить не удалось. Можно считать, что препарат в указанной дозировке не влияет отрицательно на течение родов (А. П. Николаев, К. М. Фигурнов, А. М. Фой, З. Н. Павловская, З. Д. Савельева, Я. А. Дульцин и др.).

В последнее время вместо лидола с большим успехом применяется новый синтетический препарат промедол. Хотя данный препарат и напоминает в фармакологическом отношении лидол, но отличается от последнего более высоким аналгезирующим действием, не уступающим морфину. В эксперименте на кроликах и мышях (А. М. Фой и Б. И. Легостев) установлено, что промедол стимулирует сокращения гладкой мускулатуры матки. При применении промедола роженицам в клинических условиях отмечено усиление и учащение схваток.

Промедол представляет собой белый кристаллический порошок, хорошо растворимый в воде. Препарат применяется подкожно в виде 1—2% раствора. Вводится 1—2 мл 2% раствора или 3 мл 1% раствора, в случае необходимости одна из выше указанных доз повторяется через 3—4 часа. В отличие от других средств промедол может быть введен в самом начале периода раскрытия.

Т е к о д и н

Текодин (Thecodinum) представляет собой хлоргидрат дигидрооксикодейнона. За рубежом этот препарат известен под названием зукодала.

Текодин — белый кристаллический порошок, растворимый в 6 частях воды или 60 частях спирта, применяется внутрь и подкожно. По химическому строению и аналгезирующим свойствам напоминает морфин.

Препарат является хорошим болеутоляющим средством, дающим вполне удовлетворительный аналгезирующий опиоидный эффект.

Текодин не оказывает угнетающего действия на дыхательный центр плода, поэтому допустимо использование его в начале периода изгнания. При введении под кожу 1 мл 1% раствора текодина в начале периода изгнания, даже при значительных болевых ощущениях, пререзывание

головки становится не тягостным для роженицы, а порой почти совершенно безболезненным. Валеш (Walesch), впрыскивая препарат за полчаса до рождения ребенка, наблюдал безболезненное прорезывание головки.

Столь же рационально подкожное применение 1 мл 1% раствора текодина и в периоде раскрытия, особенно при наличии не очень интенсивных болей. Обезболивающий эффект текодина при подкожном его применении удается отметить обычно через 10—15 минут. Примерно у половины рожениц при применении текодина снижение болей идет параллельно с наступлением неглубокого, обычно спокойного сна, часто прерываемого наступающей схваткой. Не препятствуя развитию родовой деятельности, действие текодина продолжается обычно 1—2 часа. При очень выраженных болевых ощущениях длительность анальгезирующего эффекта не превышает одного часа. Мы применили текодин у 854 рожениц и примерно у 75% из них установили хороший обезболивающий эффект.

Данные клиники, руководимой проф. К. М. Фигурновым, показали, что допустимо повторное подкожное введение текодина (1—1,5 мл 1% раствора) не ранее, чем через 3 часа после первой инъекции (З. Н. Павловская). Повторное введение текодина не оказывает отрицательного влияния на родовую деятельность и на плод.

Текодин, как уже говорилось, не ухудшает родовой деятельности, и средняя продолжительность родов, обезболенных этим препаратом, не превышает обычной (А. М. Фой, З. Н. Павловская). Впрочем, по данным В. Г. Бутомо, возможно незначительное удлинение продолжительности родов.

Наше экспериментальное изучение вопроса о влиянии текодина на сократительную деятельность мускулатуры рогов матки (А. М. Фой и А. Л. Чайковская) позволило установить, что в опытах на рогах матки крольчих *in situ* даже значительные дозы текодина (до 0,002—0,003 внутривенно) не изменяют характера сокращений.

В опытах на изолированных рогах матки белых мышей выявлены следующие особенности влияния текодина на сократительную функцию: небольшие концентрации препарата (1 : 200 000, 1 : 100 000, 1 : 50 000) чаще не изменяют характера установившейся мышечной деятельности; moreover, иногда доза препарата 1 : 50 000 может участить ритм сокращений. Разведение 1 : 20 000 и 1 : 25 000 также

несколько учащает сокращения, а иногда и нерезко увеличивает их амплитуду. Заметного угнетения сокращения рога не дают даже такие концентрации текодина, как 1 : 2 500 и 1 : 1 000.

В отдельных опытах на неактивных рогах матки текодин в разведении 1 : 20 000 и 1 : 25 000 вызывал появление незначительных сокращений, которые ранее отсутствовали. Чаще же текодин совершенно не вызывал сокращений неактивных рогов в противоположность лидолу.

На состоянии новорожденных отметить отрицательного влияния текодина обычно не удается, что подтверждается и данными В. Г. Бутомо. Однако в некоторых случаях, правда, редко, можно наблюдать кратковременную сонливость новорожденных, что, по нашим данным, никогда не отражается на их жизнеспособности и дальнейшем развитии.

На основании наших исследований можно сказать, что доза текодина в 1 мл 1% раствора является безвредной как для плода, так и для роженицы. Мы считаем, что препарат должен найти применение в акушерских стационарах для обезболивания родов как заменитель морфина (К. М. Фигурнов, А. М. Фой, З. Н. Павловская и др.).

Комбинированное применение лидола и текодина

Слабые болеутоляющие свойства лидола, ценного своим спазмолитическим влиянием на шейку матки в родах и положительным воздействием на интенсивность маточных сокращений, побудили нас, как и ряд других акушеров (А. П. Николаев, К. М. Фигурнов и др.), к комбинированному применению его с текодином.

Оказалось, что это сочетание, особенно в периоде раскрытия, представляет значительный практический интерес: не оказывает отрицательного влияния на родовую деятельность и способствует снижению болевых ощущений, так как роженица находится в состоянии неглубокого сна. Смесь 3 мл 3% лидола или 2 мл 5% лидола и 1 мл 1% текодина при подкожном введении дает вполне удовлетворительный обезболивающий эффект, длящийся в среднем до 3—4 часов.

Экспериментально нам удалось выяснить, что влияние смеси лидола с текодином на сократительную функцию изолированного рога матки белых мышей аналогично действию одного лидола и зависит от его концентрации, т. е.

при оптимальных дозах (1 : 75 000, 1 : 25 000) выявляются положительные свойства лидола, преимущественно проявляющиеся в учащении ритма сокращений.

Преимущества комбинированного применения лидола и текодина заключаются в удлинении болеутоляющего эффекта по сравнению с изолированным использованием лидола или текодина. Комбинированное применение лидола и текодина у 408 рожениц дало вполне удовлетворительный результат более чем у 70% рожениц.

З. Д. Савельева также пришла к заключению, что в целях усиления болеутоляющего и спазмолитического действия лидола без уменьшения силы родовой деятельности наиболее целесообразным является его применение в комбинации с текодином. Никаких отрицательных воздействий при этом ни на роженицу, ни на плод не обнаружено.

Тщательный анализ наших клинических данных (2 165 рожениц, у которых в качестве родообезболивающих средств применялся лидол, текодин и их комбинации) позволяет отметить, что изученная нами методика обезболивания родов лидолом с текодином способствует также бережному ускорению родов. Ускорение родов осуществляется вследствие спазмолитических свойств лидола и присущего ему свойства усиления сократительной деятельности матки.

По нашим данным, в течение первых 12 часов неосложненные роды заканчиваются у 32% первородящих, если роды велись без применения средств акушерского обезболивания. При применении текодина нормальные роды у певородящих заканчиваются в первые 12 часов у 37% рожениц, при однократном применении лидола — у 43%, а при применении лидола и текодина — у 42,7%. Длительность периода изгнания до одного часа у первородящих, не подвергавшихся обезболиванию, наблюдается у 80% рожениц. Применение в родах этих препаратов не только не удлиняет продолжительности второго периода родов, а наоборот, даже несколько ее укорачивает. При условии использования текодина второй период родов заканчивается в течение часа у 82,3% первородящих, при применении лидола — у 85,8%, а при совместном использовании лидола и текодина — у 87,4%.

Наряду с этим, значительно уменьшается процент нормально протекающих, но затяжных родов (длящихся более суток). Согласно анализу наших данных, затяжные роды

у первородящих наблюдаются в 13,5% случаев. При использовании текодина этот процент снижается до 11,5, а при применении лидола — до 11. При одновременном применении лидола и текодина отмечается резкое снижение процента неосложненных, но затяжных родов у первородящих: подобные роды имели место лишь у 5% рожениц.

Столь же очевидны родоускоряющие возможности при обезболивании родов у повторнородящих. По нашим данным, среди повторнородящих, не подвергавшихся обезболиванию, при условии нормального течения родового акта, последний заканчивается в течение первых 8 часов у 25% женщин, а в случаях применения текодина такая же длительность родов была у 33,4%, лидола — у 38,8%, лидола и текодина — у 45,4%. Длительность периода изгнания до получаса у повторнородящих, не подвергавшихся обезболиванию, наблюдалась у 78% женщин, у обезболенных текодином — у 81,6%, лидолом — у 91,5%, лидолом и текодином — у 94,8%.

Значительно понижается в группе повторнородящих и процент родов, длившихся более 18 часов. По нашим данным, у повторнородящих, не подвергавшихся обезболиванию, роды свыше 18 часов наблюдаются у 13%. Применение текодина понизило процент затяжных родов до 11,7, применение лидола — до 10, а лидола в сочетании с текодином — до 5.

Еще больше ускоряет роды и одновременно усиливает и удлиняет анальгезирующее действие после комбинированного применения лидола и текодина повторное использование лидола через 4—5 часов после первой инъекции. К повторным инъекциям лидола, на наш взгляд, следует прибегать главным образом у первородящих, принимая во внимание необходимость удлинения болеутоляющего эффекта в связи с большей продолжительностью родов.

Осложнение при обезболенных родах выраженной слабостью родовой деятельности не превышало обычного процента этой патологии и не может быть поставлено в причинную связь с обезболиванием родов. Процент других осложнений родов (последовые и послеродовые кровотечения,

асфиксия новорожденных), а также различных оперативных вмешательств (наложение щипцов, перинеотомия и др.) не превышал обычного.

Эти данные позволяют полностью присоединиться к оценке лидола и текодина, данной проф. К. М. Фигурновым: «...наилучшим средством для обезболивания первого периода родов является введение лидола и текодина».

Удовлетворительный обезболивающий эффект, сравнительная его длительность, положительное влияние на сократительную функцию матки, облегченное раскрытие маточного зева, нетоксичность препаратов для матери и плода—таковы основные достоинства этого метода обезболивания родов.

Комбинированное применение стрептоцида и текодина

Необходимость удлинения продолжительности болеутоляющего эффекта при применении текодина навела нас на мысль о практическом использовании некоторых выводов из исследования Б. И. Легостева. Было замечено, что сульфаниламидные препараты могут значительно изменять действие на организм некоторых лекарственных веществ. Так, известно, что сульфаниламидные препараты ослабляют действие хинина и повышают активность морфина, кодеина и метиленовой синьки. Учитывая, что у многих больных, для лечения которых применяются сульфаниламидные препараты, нередко наблюдаются боли, Б. И. Легостев поставил своей задачей изучить влияние сульфаниламидных препаратов на действие ряда анальгезирующих средств, в частности, морфина, текодина, люминала, лидола и этилового алкоголя.

В результате экспериментального исследования этого вопроса Б. И. Легостев доказал, что сульфаниламиды усиливают анальгезирующее действие морфина, текодина, люминала и этилового алкоголя и понижают болеутоляющие свойства лидола.

Оказалось, что сульфаниламидные препараты ослабляют угнетающее действие

морфина и люминала на дыхательный центр.

Основываясь на этих выводах, мы для обезболивания первого периода родов стали применять текодин после предварительного назначения роженице сульфаниламидных препаратов, преимущественно белого стрептоцида. С установлением регулярных схваток в периоде раскрытия (примерно при 1 — 1½ пальцах открытия шейки матки) стрептоцид назначали внутрь в виде порошка по 1,0. Через час после приема первого порошка стрептоцида назначали второй; через 15 минут после второго порошка стрептоцида роженице вводили под кожу 1 мл 1% текодина.

При тщательном клиническом исследовании Ф. И. Варшавская установила, что подобное использование текодина удлиняет длительность его анальгезирующего эффекта до 4 часов, т. е. примерно вдвое, и несколько углубляет степень дремотного состояния роженицы.

А. П. Николаев, учитывая возможность ослабления с помощью сульфаниламидов угнетающего воздействия морфина на дыхательный центр плода, рекомендует назначать белый стрептоцид с последующим введением морфина.

Возможна замена стрептоцида норсульфазолом (назначают по 1,0 с теми же интервалами).

В случае некоторого ослабления схваток, возможного в результате применения сравнительно большого количества сульфаниламидов (А. И. Петченко), мы рекомендуем для стимуляции родовой деятельности назначать прозерин. Желательно использовать прозерин и в целях предупреждения ослабления схваток.

Комбинированное применение текодина и сернокислого магния

По нашему мнению, основанному на исследовании клинических данных, не меньшего внимания заслуживает комбинированное применение текодина (1 мл 1% раствора) и сернокислого магния (4 мл 25% раствора); оба препарата набирают в один шприц и впрыскивают внутримышечно.

Мы провели обезболивание родов этим комбинированным методом более чем у 300 рожениц. Полученные нами результаты позволяют рекомендовать применение этих средств. Длительный анальгезирующий эффект (часто до 4 — 5 часов), дремотное состояние в паузах между схват-

ками, спокойное поведение рожениц (даже вначале очень возбужденных), несомненно, позволяют причислить и этот фармакодинамический метод обезболивания родов к числу весьма эффективных. Кроме того, этот метод безвреден как для матери, так и для плода (А. М. Фой).

Ж а р о п о н и ж а ю щ и е с р е д с т в а

Использование жаропонижающих средств для целей обезболивания родов известно еще с конца прошлого столетия. До настоящего времени жаропонижающие средства широко используются в СССР после клинических исследований К. К. Скробанского, Л. Л. Окинчица, Р. А. Чертока, Ф. Н. Тавилдарова, Д. Е. Шмундака, Г. Л. Вайнштейна и др. Эти средства применяются как в чистом виде, так и в многочисленных комбинациях с рядом анальгезирующих препаратов.

Основное действие жаропонижающих средств на организм при лихорадочных состояниях заключается в увеличении теплоотдачи, без резкого уменьшения теплопродукции, и временном понижении температуры. Жаропонижающие средства оказывают также постоянное и довольно устойчивое влияние на головной мозг, что приводит к улучшению самочувствия и более легкому перенесению недомогания (В. И. Скворцов). Они угнетают центры, воспринимающие болевые раздражения, и, следовательно, притупляют чувство боли.

А н т и п и р и н (Antipyrinum) в дозе 0,5 — 1,0 нередко способствует некоторому снижению болевых ощущений при схватках. Правда, длительность болеутоляющего эффекта обычно не превышает одного часа.

Предпринятые для усиления действия антипирина попытки использования его путем внутривенных введений (1,5 мл 40% водного раствора) с пантопоном (1 мл 2% раствора) не получили широкого распространения, несмотря на положительные отзывы ряда авторов (Р. А. Черток, Г. Л. Вайнштейн, Ф. Н. Тавилдаров и др.). Причина этого — возможность резкого торможения родовой деятельности.

Наибольшее распространение антипирин получил как один из ингредиентов многочисленных свечей, применяющихся для обезболивания родов.

По данным А. К. Софотерова, Е. А. Болкунова, Г. Л. Вайнштейна, Е. А. Булыгиной, А. И. Петченко и др.,

антипирин не оказывает заметного влияния на интенсивность родовой деятельности и даже нередко при его применении схватки становятся более регулярными и продолжительными.

К. К. Скробанский рекомендовал для обезболивания родов применять антипирин *per os* в дозе 0,5—1,0 на прием.

А с п и р и н (*Aspirinum*) — один из многочисленных препаратов салициловой кислоты и лучших ее заменителей — нередко, благодаря своим анальгезирующим свойствам, применяется и как средство для обезболивания родов. Обычно назначается *per os* в дозе 0,5 — 1,0. Продолжительность его обезболивающего действия в родах также невелика (примерно час).

П и р а м и д о н (*Pugamidonum*), несмотря на удовлетворительные болеутоляющие свойства, как средство для обезболивания родов распространения не получил. Пиридон применялся *per os* по 0,5, в свечах и микроклизмах по 0,3 — 0,5, а также вводился внутривенно и подкожно. В настоящее время он не применяется для обезболивания родов вследствие возможного угнетения интенсивности родовой деятельности. А. И. Петченко на основании своих клинических и экспериментальных данных делает заключение, что пиридон мало выгоден для обезболивания родов, так как, не обладая значительным обезболивающим действием даже в больших дозах, он способен угнетать сократительную деятельность матки животных и человека.

А н а л ь г и н (*Analginum*) является производным антипирина. По нашим данным, этот препарат отличается более значительным болеутоляющим действием, чем антипирин и другие его производные. Малотоксичен. Применяется *per os* и подкожно. Подкожно вводится 1 — 2 мл 50% раствора; при применении *per os* назначается в дозе 0,5—1,0. Болеутоляющее действие в родах, согласно нашим данным, начинает проявляться через 10 — 20 минут после инъекции. Болеутоляющий эффект длится до 1½—2 часов. При очень интенсивных болях применение анальгина дает лишь небольшой болеутоляющий эффект. Для усиления и удлинения болеутоляющего эффекта допустимо комбинированное применение анальгина и текодина.

На основании практического опыта ряда клиницистов (К. К. Скробанский, А. И. Петченко и др.) изолированное применение перечисленных жаропонижающих средств для достижения болеутоляющего эффекта в родах сравнительно

мало эффективно. К тому же длительность анагезирующего действия их крайне непродолжительна. Именно поэтому рационально использование некоторых из них, в частности, антипирина и анальгина в комбинации с другими обезболивающими средствами, применяющимися при родах (морфин, текодин и др.).

На основании нашего опыта мы рекомендуем применение антипирина в комбинации с пантопоном и экстрактом белладонны в свечах (свечи Скробанского). Свечу во избежание отрицательного влияния на родовую деятельность вводят лишь после установления ритмичных и интенсивных схваток при открытии зева не менее чем на 2 пальца.

При некотором понижении интенсивности схваток после применения свечей Скробанского, т. е. при первом же появлении вторичной слабости родовой деятельности, необходимо приступить к ее стимуляции.

В подобных случаях эффективно назначение прозерина (по 3 мг через 45 — 60 минут; всего 4 — 5 порошков). Обычно уже после приема 2 — 3 порошков наблюдается либо нормализация родовой деятельности, либо заметное ее усиление.

А т р о п и н

Атропин (Atropinum) является алкалоидом, содержащимся в корнях красавки, семенах дурмана и белене. В токсических дозах действует сильно возбуждающе на центральную нервную систему. По действию на вегетативную нервную систему является антагонистом холиномиметических средств.

Многочисленные экспериментальные исследования, посвященные выяснению влияния атропина на матку, к сожалению, пока еще не дают достаточно четкого представления о характере его действия. Установлено лишь, что атропин в малых дозах усиливает маточные сокращения, а в больших — снижает их интенсивность. В соответствии с представлениями о преимущественной иннервации шейки матки парасимпатической системой неоднократно высказывалось мнение о возможности расслабления шейки матки путем применения в родах атропина и тем самым укорочения процессов раскрытия шейки матки (Е. И. Кватер, Г. Зельгейм, Г. М. Салганник). Однако К. К. Скробанский, А. И. Петченко и др. указывают, что эти представления являются сугубо схематичными. Возражая Г. Зельгейму

относительно высказанной им точки зрения о расширяющем действии атропина на зрачок глаза и об аналогичном якобы действии на расслабление шейки матки, К. К. Скробанский указывает, что едва ли можно делать какие-либо заключения на основании столь шаткой аналогии.

По мнению К. К. Скробанского, для обезболивания родов целесообразнее использовать не атропин, а экстракт белладонны (*Extractum Belladonnae*), содержащий атропин и обладающий заметным болеутоляющим действием.

Из многочисленных рецептов свечей с белладонной наибольшей известностью пользуются свечи Скробанского.

Состав их следующий:

Extr. Belladonnae	0,04
Pantoponi	0,02
Antipyriini	0,3
But. Cacao	q. s.

Свеча вводится однократно
в середине периода раскрытия

Наш многолетний опыт применения таких свечей говорит об их значительных обезболивающих и спазмолитических свойствах. Следует, однако, отметить, что после применения свечи Скробанского возможно ослабление интенсивности сокращений матки, требующее применения различных средств для их стимуляции.

П а р а л ь д е г и д

Паральдегид (*Paraldehydum*) обладает хорошей всасываемостью. Малая токсичность препарата, что неоднократно отмечалось в специальной литературе, не вызывает осложнений даже при значительной его передозировке (Н. П. Кравков).

Как средство обезболивания родов паральдегид был введен в СССР в 1936 г. К. К. Скробанским и Д. П. Бровкиным по предложению проф. В. В. Савича. Клиническая практика показала, что для получения достаточного эффекта при обезболивании родов необходимо применение 8 мл (1)¹

¹ Согласно Государственной фармакопее СССР (издание VIII), высшая разовая доза паральдегида 5 мл, высшая суточная доза— 10 мл. Завышение разовой дозы паральдегида для обезболивания родов допустимо в соответствии с постановлением Фармакологического комитета Ученого совета Министерства здравоохранения СССР от 17 октября 1953 г.

препарата (однократно). Эта доза является совершенно безвредной.

Одним из недостатков паральдегида является то, что появляется неприятный запах, выделяемый изо рта больного при длительном применении препарата; в акушерской клинике это не имеет особого значения, так как при обезболивании родов речь идет об однократном применении препарата.

За последние годы мы применяем паральдегид крайне редко и притом лишь для обезбоживания родов у женщин, страдающих нефропатией, так как клинически убедились в его значительных диуретических свойствах.

У больных эклампсией паральдегид нередко способствует прекращению припадков и быстрому нарастанию диуреза.

Мы вводим паральдегид в середине периода раскрытия per gestum в количестве 8 мл (1) в смеси с 15 — 20 мл растительного масла вне схватки, чтобы предупредить обратное вытекание смеси.

Препарат вводят и в следующей смеси:

Paraldehydi	8,0 (1)
Spiritus Vini rectificati	7,0
Aq. destill.	35,0

Можно добиться значительного обезбоживания родов при введении морфина и серноокислого магния (или текодина с серноокислым магнием) в середине периода раскрытия при выраженных болях; после прекращения или ослабления анальгезирующего эффекта следует применить паральдегид.

Нам удалось отметить, что возможно ослабление схваток при приеме паральдегида. Поэтому мы рекомендуем, наряду с применением паральдегида, проводить мероприятия по ускорению родов. В частности, есть основания считать, что в случае применения для усиления сократительной функции матки прозерина или небольших дробных доз хинина ослабление родовой деятельности не наступает.

В настоящее время, когда советский акушер для обезбоживания родов имеет в своем распоряжении более совершенные средства фармакодинамического метода (лидол, текодин), мы считаем, что паральдегид может быть с успе-

хом использован лишь для обезболивания родов у женщин, больных нефропатией, в связи с его хорошими диуретическими свойствами.

З а к и с ь а з о т а (в е с е л я щ и й г а з)

Закись азота (*Nitrogenium oxydulatum*) обладает выраженными наркотическими свойствами при условии применения смеси газов, состоящей из 80 % закиси азота и 20 % кислорода. После вдыхания смеси появляется легкий шум в ушах, обостряется слух и зрение, возникает приподнятое настроение. Происходит быстрая смена мыслей, тяжелеют конечности. Наконец, наступает сон. Еще до наступления сна притупляются болевые ощущения. Достаточно глубокий сон не удается получить без применения аппаратов сложной конструкции (П. М. Старков).

По своему характеру сон, вызванный закисью азота, наиболее близок к физиологическому по сравнению со сном, вызываемым другими фармакологическими средствами (И. И. Яковлев и В. А. Петров).

Для обезболивания родов закись азота впервые была предложена русским врачом С. Кликовичем — ординатором терапевтической клиники проф. С. П. Боткина (1880).

В дальнейшем для обезболивания родов закись азота испытывали многие русские (А. Я. Крассовский, Э. Ф. Черневский и др.) и зарубежные акушеры.

Примитивная резиновая подушка Кликовича, из которой давали вдыхать газ, получавшийся лабораторным путем, в дальнейшем была заменена сложными аппаратами, в которых регулируется концентрация газа, а подача его осуществляется самой роженицей. В ряде клиник начали применять закись азота почти с самого начала развития дела обезболивания родов в нашей стране.

В клинике, руководимой К. К. Скробанским, применялся перемежающийся наркоз закисью азота для обезболивания каждой схватки с вполне удовлетворительным эффектом: полное исчезновение боли у рожениц при схватках отмечалось в 40%, а значительное уменьшение боли, проявляющееся в изменении ранее беспокойного поведения рожениц и подтвержденное их собственной оценкой, — в 41% (А. М. Фой и А. М. Дубенский). При этом ни в одном случае нельзя было отметить отрицательного влияния закиси азота на силу и ритмичность сокращений матки.

И. И. Яковлев и В. А. Петров, пользуясь методом хрон-аксиметрических исследований, также пришли к заключению, что закись азота не оказывает влияния на моторное возбуждение матки, что клинически проявляется в сохранении нормальной родовой деятельности.

На основании личного опыта следует признать, что закись азота можно с успехом применить у рожениц, страдающих от интенсивных болей в конце первого периода родов. Полезной она окажется и для обезболивания второго периода родов у первородящих при резкой болезненности потуг. Допустимо комбинированное использование закиси азота с другими анальгезирующими веществами (К. К. Скробанский, П. М. Старков, А. М. Фой и др.).

Противопоказания к применению закиси азота как средства обезболивания родов: токсикозы беременности (М. К. Венцовский), пороки сердца в стадии неполной компенсации, туберкулез легких, гипертоническая болезнь (С. М. Беккер и Л. А. Шуссер), артериосклероз, заболевания почек, базедова болезнь (А. П. Николаев).

Ингаляционный перемежающийся эфирный наркоз в периоде изгнания

Основным наркотическим веществом жирного ряда, представляющим интерес для современного акушерства в целях борьбы с родовыми болями, является этиловый эфир (Aether aethylicus).

При этом методе обезболивания родов предусматривалось обеспечение длительного неглубокого сна, поддерживавшегося у роженицы на протяжении долгих часов периода раскрытия, а также в периоде изгнания путем вдыхания женщиной незначительных количеств хлороформа или эфира в минуты схваток и потуг.

Хлороформ из-за большей токсичности по сравнению с эфиром в настоящее время совершенно не применяется.

Эфир до настоящего времени занимает важное место в арсенале средств для обезболивания родов.

Создание значительной концентрации эфира в крови приводит к параличу чувствительной сферы, а также мозжечка; кроме того, резко понижается возбудимость двигательных кортикальных центров, парализуется спинной мозг. После полного исчезновения рефлексов наступает состояние глубокого наркоза.

Конечно, не об этой стадии действия эфира идет речь при акушерском обезболивании. Эта стадия, будучи чрезвычайно ценной при хирургических вмешательствах, абсолютно не соответствует требованиям современного обезболивания родов.

Глубокий наркоз, в чем нетрудно убедиться, несомненно может понизить и даже совершенно прекратить родовую деятельность, особенно в периоде изгнания, и в ряде случаев вызвать атоническое состояние матки в последовом и послеродовом периодах.

Акушеры учитывают, что для целей обезболивания родов достаточно использовать ту раннюю стадию влияния наркотиков, которая характеризуется лишь помрачением сознания и угнетением чувствительной сферы головного мозга.

Состояние аналгезии можно умело поддерживать в течение значительного отрезка времени (4 — 5 и более часов). По К. К. Скробанскому, чувствительность полностью выпадает (наступает аналгезия) уже в самых начальных периодах наркоза, еще в период опьянения и возбуждения, но деятельность поперечнополосатой мускулатуры — мышц брюшной стенки и обеих диафрагм — сохраняется, если в периоде изгнания поддерживать только первую стадию наркоза — стадию аналгезии.

Это утверждение полностью совпадает с традицией выдающихся отечественных акушеров, которые на протяжении долгих лет лично применяли эфир в целях обезболивания родов (А. Я. Крассовский, В. М. Флоринский, И. П. Лазаревич и др.).

Советские акушеры, обладающие эффективным методом психопрофилактического обезболивания родов и рядом безвредных фармакологических средств болеутоления, используют своеобразный ингаляционный перемежающийся эфирный наркоз только лишь в периоде изгнания, причем преимущественно в фазе врезывания и прорезывания головки плода.

Вряд ли кто-либо из акушеров в наши дни будет без особых показаний применять перемежающийся эфирный наркоз для обезболивания в периоде раскрытия. В этом периоде он применяется лишь при чрезмерно бурной родовой деятельности (сопровождающей так называемые быстрые роды), что делается и в интересах матери (опасность обширных травматических повреждений шейки матки, тазо-

вого дна, влагалища, промежности), и в интересах плода (опасность повреждений головного мозга, опасность кровоизлияний в мозг и др.). Чрезмерно бурная родовая деятельность и тетанические сокращения матки под влиянием эфирного наркоза регулируются и ослабляются. Следует, однако, обратить внимание на необходимость большой бдительности в случаях, когда имеется бурная и болезненная родовая деятельность, что всегда заставляет думать о возможности в дальнейшем разрыва матки.

В периоде изгнания, особенно при интенсивных болях, применение перемежающегося эфирного наркоза является желательным и безвредным мероприятием. Естественно, в первую очередь применение его рационально при поступлении женщины в родильное учреждение в периоде изгнания, особенно в фазе врезывания и прорезывания головки.

Помимо этого, перемежающийся эфирный наркоз показан, когда действие ранее данных обезболивающих средств снизилось или полностью прекратилось ко времени наступления второго периода родов. Возможно использование эфира и у тех рожениц, которые, будучи подготовлены по психопрофилактическому методу обезболивания, не испытывали болевых ощущений в периоде раскрытия, но жаловались на боли, появившиеся у них с началом потуг.

Особую ценность имеет применение перемежающегося эфирного наркоза в фазе выведения последующей головки при родах в тазовом предлежании, так как при этом снижается сопротивление промежности и вульварного кольца, что не безразлично и для плода.

Каковы методические особенности применения описываемой формы эфирного наркоза в периоде изгнания?

Перед наступлением очередной потуги на маску наносят несколько капель эфира для наркоза. Женщина делает один-два вдоха и впадает в состояние короткого оглушения или опьянения, сопровождающееся утратой или резким понижением болевой чувствительности. После того как кончится потуга, маску снимают. Вслед за этим роженица обычно быстро просыпается и через некоторое время чувствует приближение очередной потуги, которая может быть обезболена таким же образом.

В состоянии подобной аналгезии роженица может находиться в течение часа. У первородящих обычно приходится применять перемежающийся наркоз в течение 30—35 минут, у повторнородящих—в течение 15—20 минут.

В фазе врезывания и прорезывания головки глубина наркоза должна быть несколько усилена.

Опытный врач может правильно определить оптимальную дозу эфира, необходимую для обезболивания родов в периоде изгнания.

Среднее количество эфира, необходимое для обезболивания родов во втором периоде, не должно превышать 15—20 мл. При использовании эфира лишь при врезывании и прорезывании головки часто бывает достаточно 5—10 мл.

Трудности методики эфирного наркоза: опасность передозировки, которая может повлечь за собой замедление частоты потуг и некоторое их ослабление. В результате такой передозировки может наступить гипотоническое состояние матки в последовом и послеродовом периодах.

Следует учесть, что при боязни передозировки может наступить недостаточная степень эфирного опьянения, при которой аналгезия будет далеко не полной или будет вообще отсутствовать. Поэтому необходимо быстро определить именно такую дозу наркотического средства, которая даст достаточную аналгезию и не ослабит потужной деятельности.

Этот метод при условии нормально развивающейся потужной деятельности обычно дает положительные результаты.

Противопоказания к применению перемежающегося эфирного наркоза: заболевание легких и бронхов.

Обезболивание второго периода родов путем местной анестезии

Единственный вид местной анестезии, отличающийся достаточной эффективностью и не сопровождающийся осложнениями при условии правильного применения — это местная анестезия срамного нерва (*n. pudendus*). Исходя из I, II и III сакральных сегментов спинного мозга, *n. pudendus* мощным стволом вступает в малый таз и через *foramen infrapiriforme* проходит в *fossa ischio-rectalis* (рис. 1), где отдает ветви к *sphincter ani externus* и коже вокруг заднепроходного отверстия, к промежности, большим и малым половым губам, к клитору и к *diaphragma urogenitale*.

Анестезия срамного нерва применяется лишь для обезболивания в периоде изгнания.

Предложено значительное число модификаций описываемого метода, имеющих целью повысить глубину обезболивающего эффекта и увеличения его длительности. Наиболее эффективная модификация метода разработана

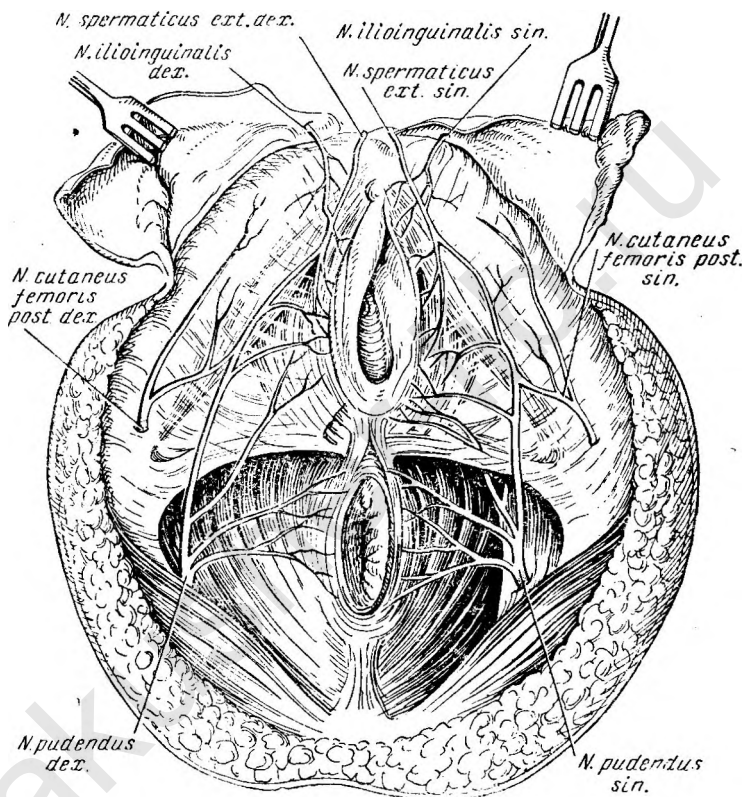


Рис. 1. Концентрированная форма срамного нерва.

с учетом топографических особенностей хода срамного нерва проф. К. М. Фигурновым и его сотрудниками (Г. Н. Довженко). Эта модификация базируется на некоторых особенностях хода и строения нерва: при так называемой концентрированной форме срамной нерв выходит из полости малого таза одним мощным стволом и

делится ниже *lig. sacrotuberosum* на небольшое число ветвей, не образующих между собой анастомозов (рис. 1). В трети случаев срамной нерв принимает так называемую рассыпную форму: он начинается тремя отдельными стволами, образующими сложную сеть (рис. 2).

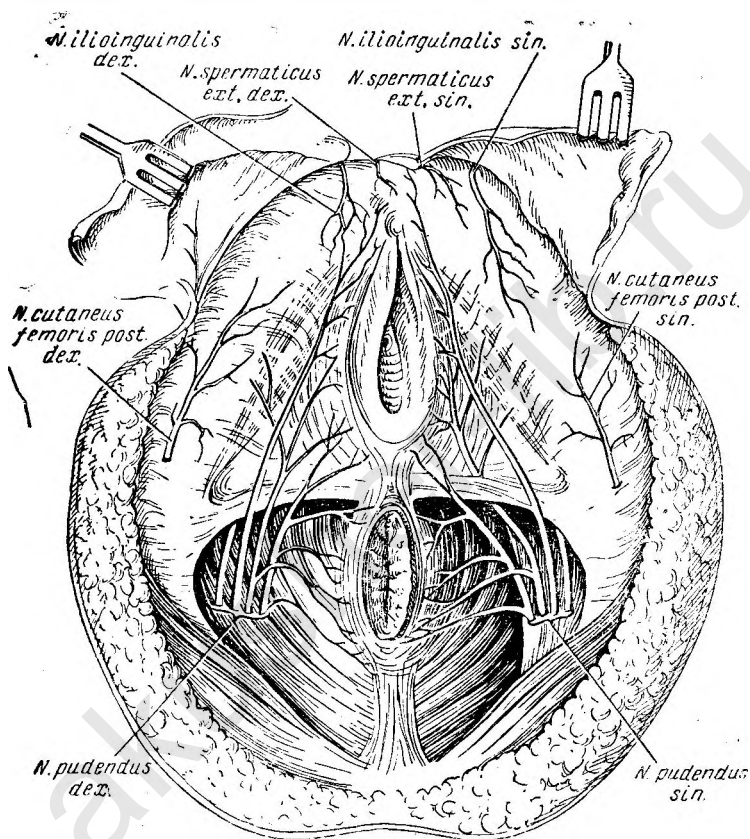


Рис. 2. Рассыпная форма срамного нерва.

Учитывая, что при рассыпной форме строения срамного нерва метод может оказаться недостаточно эффективным, так как часть нервных ветвей может остаться неанестезированной, К. М. Фигурнов предложил следующую модификацию этого вида местного обезболивания.

1. Иглу длиной не менее 10 см вкалывают между верхушкой копчика и седалищным бугром по линии, соединяющей копчик с нижним краем седалищного бугра, на 2 см медиальнее края седалищного бугра; иглу направляют в глубину на 6 см и латерально до внутренней поверхности седалищного бугра; здесь создается первое депо новокаина (10 — 15 см 0,5% раствора).

2. Иглу немного вытягивают обратно и вновь продвигают прямо и несколько кзади на глубину 8 — 9 см, соответственно нижнему краю *lig. sacrotuberosum*; здесь создается второе депо новокаина (15—20 мл 0,5% раствора); если игла введена правильно, то ясно ощущается упругая связка *lig. sacrotuberosum*.

3. Далее иглу наполовину вытягивают и проводят кзади и кнутри до латерального края крестца, чтобы анестезировать веточку *n. haemorrhoidalis*; сюда вводят 10—15 мл 0,5% раствора новокаина.

4. Для исключения боковых ветвей *n. cutaneus femoris posterior* той же иглой, не извлекая ее, вводят анестезирующее вещество под нижний край седалищного бугра в количестве 10 мл; таким образом, выключаются чувствительные проводники срамного нерва и заднего кожного бедренного нерва, что вполне обеспечивает безболезненное проведение родов и другие манипуляции на промежности.

5. Подобная же анестезия осуществляется и на другой стороне.

По данным клиники, руководимой К. М. Фигурновым, эта методика обеспечивает обезболивающий эффект почти у 85% рожениц.

За последние годы в клинике, руководимой К. М. Фигурновым, вместо новокаина применяется новый советский анестетик люпикаин (эфир парааминобензойной кислоты и алкалоида люпинина). Для анестезии срамного нерва люпикаин используется в разведении 1 : 2 000 в количестве до 100 мл раствора.

Обезболивание, применяющееся во втором периоде родов путем местной анестезии по методу, разработанному в клинике К. М. Фигурнова, несомненно, является эффективным и безвредным для матери и плода. Местная анестезия желательна, если, несмотря на применение психопрофилактического метода, болевые ощущения все-таки возникнут к концу первого или к началу второго периода

родов и будут отличаться значительной интенсивностью (Г. Н. Довженко).

Однако, учитывая известную сложность проведения местной анестезии и возможность успешной замены ее эфирным перемежающимся наркозом, следует считать, что обезболивание в периоде изгнания путем местной анестезии должно применяться главным образом в клинических учреждениях и крупных родильных домах. Безусловно, целесообразно применение метода при наличии противопоказаний к использованию медикаментозных средств, в том числе эфирного перемежающегося наркоза.

Обезболивание родов карандашом Кипарского и пастой Розенталя

Уже издавна пытались использовать сильные раздражения кожных рецепторов для понижения ощущения родовых болей. Так, еще в 1897 г. П. И. Архангельский доказал, что родовые боли могут быть уменьшены путем смазывания кожи живота смесью хлороформа с оливковым маслом.

На чем основан эффект положительного действия средства, предложенного П. И. Архангельским, и ряда других аналогичных методов?

Сильные раздражения кожи — холодовое, болевое и др. — создают в коре головного мозга новый очаг возбуждения. Последний окружается зоной отрицательной индукции и вследствие этого на известный отрезок времени ослабляет, перекрывает все другие очаги возбуждения.

Совершенно ясно, что при этом раздражитель кожи, вызывающий боль или ощущение холода, должен быть безвредным, т. е. не вызывающим деструкции тканей (С. К. Розенталь).

Карандаш Кипарского. Из многочисленных попыток воздействовать на кожу следует остановиться на предложении Р. В. Кипарского. Оно заключается в смазывании участков кожи в области локализации болевых ощущений ментоловым карандашом.

Состав ментолового карандаша:

Mentholi	80%
Paraffini solidi	20%

Следует отметить, что интенсивность болеутоления, достигаемая путем применения карандаша Кипарского,

невелика, как невелика и длительность эффекта (в среднем до 30—45 минут). С. М. Беккер считает, что болеутоляющее действие карандаша значительно ниже других методов обезболевания, но нельзя не считаться с тем, что данный метод прост, безвреден и не имеет никаких противопоказаний для его применения, особенно в условиях колхозных родильных домов.

Паста Розенталя. Вероятно, подобный же механизм действия лежит в основе способа обезболевания родов путем смазывания кожных участков пастой, предложенной С. К. Розенталем.

Состав пасты Розенталя:

Iodi puri	3,0
Chloroformii	150,0
Spiritus Vini rectificati	20,0
Paraffini solidi	30,0

В кожной области, подвергшейся смазыванию пастой, ощущается кратковременное жжение и боль; вслед за исчезновением их ослабляется чувство родовой боли.

Пасту применяют следующим образом: когда болевые ощущения при схватках становятся выраженными, на кожу нижних отделов живота, без точного определения участков гипералгезии, наносят путем **о д н о к р а т н о г о** смазывания согретую (перешедшую в жидкое состояние) пасту Розенталя. Обычно мы подвергаем смазыванию пастой участок кожи живота, нижняя граница которого расположена на один-два поперечных пальца над лоном, а верхняя — примерно на уровне *spina iliaca anterior superior*. Через 20 — 30 секунд после смазывания этой пастой роженица начинает чувствовать жжение в указанной области. Это ощущение длится 1 — 1½ минуты. Когда жжение прекращается схватки становятся значительно менее болезненными. Смазывание пастой, производимое даже в самом конце периода раскрытия, может ослабить болевые ощущения периода изгнания. Ослабление родовых болей наблюдается обычно в течение часа.

Единственным отрицательным свойством пасты является то, что после смазывания остается раздражение кожи. Чтобы не вызвать чрезмерного раздражения кожи, ее следует применять **только однократно**. Многократное смазывание кожи в отдельных случаях может привести даже к ожогу кожи.

В целях ослабления раздражающего действия в настоящее время мы применяем следующую модификацию пасты Розенталя:

Chloroformii	150,0
Spiritus Vini rectificati	20,0
Mentholi	5,0
Paraffini solidi	30,0

Указанного количества пасты достаточно для обезболевания нескольких десятков родов. Выключение из оригинальной прописи Розенталя иода не повлияло на качество болеутоляющего эффекта.

Несмотря на кратковременное действие, паста Розенталя, как и карандаш Кипарского, подкупает безвредностью и простотой применения.

Место фармакодинамического метода в практике обезболевания родов

Успешная разработка в нашей стране метода психопрофилактики боли в родах и широкое его применение как в городских, так и в сельских родильных учреждениях понизили практическое значение приведенных выше методов фармакодинамического обезболевания. Несмотря на то, что мы остановили внимание читателя лишь на тех средствах фармакодинамического метода, которые наиболее удовлетворяют требованиям современного акушерства, тем не менее следует признать, что и эти средства, к сожалению, не лишены ряда недостатков. Они не всегда обеспечивают надлежащую длительность и глубину болеутоляющего эффекта и иногда, в частности, паральдегид, могут ослабить интенсивность родовой деятельности. В отдельных, исключительно редких, случаях возможно возникновение внутриутробной асфиксии плода, обусловленной главным образом или несвоевременным использованием медикаментозных средств, или передозировкой препарата. Все это требует известной осторожности при назначении их, внимательного наблюдения за роженицей и плодом и проведения профилактических мероприятий для предупреждения осложнений.

Именно поэтому основным методом обезболевания родов следует считать психопрофилактический. Однако можно ли в настоящее время полностью отказаться от использования фармакологических средств для обезболевания родов?

На основании многолетнего опыта мы считаем, что полное их исключение было бы грубой ошибкой. Во-первых, несмотря на эффективность психопрофилактического метода обезболивания родов, последний, особенно на первых этапах его широкого применения, может давать неудачи; во-вторых, потому, что еще до сих пор в родильные учреждения поступает значительное количество рожениц, не прошедших специальной дородовой подготовки, и, наконец, в-третьих, на наш взгляд, допустимо использование фармакодинамического метода, когда психопрофилактика родовых болей на различных этапах родового акта оказывается недостаточно эффективной.

Мы считаем, что у всех женщин, как подготовленных по методу психопрофилактики родовой боли, так и у не прошедших подготовки и освоивших приемы обезболивания уже в родильном стационаре, надлежит настойчиво стремиться к получению достаточно выраженного обезболивающего эффекта путем использования приемов, предусмотренных в психопрофилактической системе обезболивания. Только лишь в тех случаях, когда психопрофилактический метод оказался неэффективным, врач обязан подумать о применении одного из болеутоляющих фармацевтических средств.

Было бы ошибочно думать, что использование в родах обезболивающих средств делает невозможным дальнейшее применение приемов обезболивания, предусмотренных методом психопрофилактики родовых болей.

В главе X мы подробно останавливаемся на вопросах практического использования в родах различных болеутоляющих фармакологических средств и их сочетаний. К сожалению, еще в настоящее время рациональный выбор этих средств затрудняется, так как знания наши относительно действия различных препаратов на организм и в первую очередь на центральную нервную систему недостаточны. Обычно применение тех или иных средств обезболивания зависит от степени болевой реакции женщины на схватки и потуги и от особенностей течения родового акта.

Мы считаем, однако, что даже небольшой опыт акушера позволит безошибочно выбрать в тот или иной период родов одно из приведенных выше фармакологических средств или одно из их сочетаний для успешного обезболивания родов,

Г л а в а VI

НЕКОТОРЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ, ПОВЫШАЮЩИЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ

Успешное обезболивание родов, независимо от метода, безусловно зависит от выполнения ряда мероприятий, проводимых еще до наступления родов.

Часть этих мероприятий следует проводить в женской консультации буквально с первых посещений ее женщиной. Необходимо обращать особое внимание на подготовку к родам первородящих.

Иногда врачи упускают из виду, что у беременных женщин, особенно у первородящих, часто возникает чувство страха перед родами, перед болями в родах. Задача врача — разбить весьма распространенные представления женщин о неизбежности длительных и мучительных болевых ощущений в родах. В отдельных случаях это мучительное ожидание родовых болей, боязнь осложнений, неблагоприятного исхода родов для ребенка являются длительно действующим отрицательным фоном, неблагоприятно отражающимся на эффективности любого обезболивающего мероприятия. Это объясняется тем, что длительное действие отрицательного эмоционального фона может неблагоприятно отразиться на общем состоянии беременной и в том числе на состоянии центральной нервной системы.

Задача врача женской консультации заключается в правильной предродовой подготовке беременной. Прежде всего необходимо успокоить беременную, рассказать ей, что боль при родах не является обязательной, убедить ее в нормальном течении беременности. Эта задача осуществляется не формально, а с учетом индивидуальных особенностей беременной.

В практике ряда женских консультаций имеет место также ознакомление беременных с письмами родильниц, где последние с благодарностью отзываются о высоком качестве обслуживания рожениц в акушерском стационаре и о благотворном влиянии проводимого в нем обезболивания родов. Эту практику следует перенять всем женским консультациям.

Несомненно, следует приветствовать и сделать общераспространенным требование представителей психопрофилактического метода обезболивания родов об обязательном разъяснении беременным в женской консультации сущности физиологического течения родов как «бережного» процесса.

Бесспорно, беседы должны проводиться не наспех, способствовать выработке положительных условных рефлексов, что создаст тот эмотивный покой, который необходим для безболезненного течения родов. Эти беседы могут осуществляться не только в индивидуальном порядке, но и с группами беременных. Однако при каждом посещении беременной врач обязан для подкрепления результатов этих групповых бесед указать на то, что беременность протекает без осложнений (если для этого имеются основания), а также на то, что нет поводов ожидать резко выраженных болей при предстоящих родах, учитывая, например, нормальную величину предлежащей части, хорошее состояние брюшного пресса, нормальную и хорошую растяжимость влагалища, что может способствовать сравнительно быстрому течению родов.

Если прошлые роды были патологическими или отличались особенно резкой болезненностью схваток и потуг, то надо разъяснить женщине, что повторяемость многих видов акушерской патологии — редкое явление, что сильные боли, сопровождавшие предыдущие роды, далеко не обязательны при следующих родах. Необходимо также указать при этом на реальность мероприятий, применяющихся для обезболивания родов.

В родильном стационаре с момента поступления женщина должна быть окружена вниманием со стороны всего персонала.

При нормальном начале родового акта роженица должна быть об этом поставлена в известность. Кроме того, указание на благоприятный прогноз родов, если врач уверен

В этом, очень часто способствует более легкому преодолению женщиной родовой боли.

Предполагаемое патологическое течение родов должно привлечь внимание врача, а роженице следует указать на то, что будут приняты все меры, способствующие благоприятному завершению родов. При повышенной болезненности во время схваток, появившейся с самого начала родов, необходимо указать женщине на то, что выполнение ею приемов обезболивания, предусмотренных психопрофилактическим методом, должно привести к прекращению болей. Если боли тем не менее будут продолжаться, надо заверить женщину, что после сравнительно короткого периода наблюдения за общим ее состоянием и за характером родовой деятельности схватки будут обезболены другим методом, и она перестанет испытывать страдания.

Каждый из акушеров знает, какое положительное влияние оказывает внимательное отношение к женщине и как вредно отражаются на качестве обезболивания сухое, формальное отношение к роженице, торопливое соби́рание анамнестических данных, грубые наставления о соответствующем поведении, производство влаги́щного исследования тогда, когда женщина просит переждать наступившую схватку и т. д.

Большое значение для достижения успеха обезболивания родов имеет правильная организация работы в родильной комнате. Еще 15—16 лет назад, в первые годы широкого внедрения методов обезболивания родов в родильные учреждения нашей страны, выявилась необходимость полной перестройки всего внутреннего распорядка работы персонала в родильной комнате.

Обезболивание родов предъявило врачу ряд категорических требований, выполнение которых способствовало поднятию на высшую ступень качества всей родильной помощи. Правильно утверждение А. Ю. Лурье, что обезболивание родов всегда требует более внимательного наблюдения за роженицей и плодом, что в свою очередь снижает процент мертворождаемости и материнской смертности.

Бесспорной оказалась полная невозможность обезболивания родов при условии их ведения «по-старинке», когда роженица по существу лишалась постоянного врачебного наблюдения в родильных домах с круглосуточным дежурством акушеров-гинекологов и передоверялась врачом акушерке. Врач даже в ряде крупных стационаров

выполнял только оперативные вмешательства и периодически обследовал женщин, находящихся в родильной комнате; активно участвовал он только при выявлении патологического течения родов.

Прежде всего для родильных учреждений с круглосуточным дежурством специалиста необходимо добиваться не переменного присутствия последнего в родильной комнате.

Основное, совершенно обязательное требование к врачу, ведущему обезболивание, — это полное представление о течении родового процесса у каждой роженицы. Наблюдение за интенсивностью и ритмом схваток, изучение влияния на роженицу обезболивающего средства, контроль за сердцебиением плода, наблюдение за раскрытием шейки матки и прочее — требования, без которых невозможно и недопустимо проведение родообезболивающих мероприятий.

Проводя роды у женщин, подготовленных психопрофилактическим методом, необходимо по надобности напоминать роженице технику выполнения приемов обезболивания и корректировать их выполнение. Здесь уместно еще раз подчеркнуть целесообразность и абсолютную безвредность правильно проводимого влагалищного исследования роженицы, без которого возможны серьезные акушерские ошибки и погрешности в выборе обезболивающих медикаментозных средств. Необходимо систематически следить за прогрессирующим открытием зева и продвижением подлежащей части плода также обычными методами наружного исследования.

Обезболивание «вслепую», обезболивание без учета перечисленных факторов, естественно, может способствовать тому, что акушер, ведущий роды, может неправильно выбрать обезболивающие мероприятия в тот или иной период родового акта.

При отсутствии круглосуточного дежурства врачебного персонала, во избежание у рожениц осложнений со стороны родового акта, необходимо акушеркам, ведущим роды, применять средства фармакодинамического метода, не требующие врачебного контроля.

Наконец, обязательным условием для получения успешных результатов от любого метода обезболивания родов является такая организация работы в родильной комнате,

которая диктуется требованиями всего процесса обезболивания родов.

В родильной комнате должна соблюдаться максимально возможная тишина. Громкий разговор персонала, разговоры на посторонние темы недопустимы. Общий свет, как правило, когда в нем нет особой необходимости, должен быть выключен. Посobie при выведении головки и освобождении туловища плода надо производить при освещении койки роженицы передвижными рефлекторами. Атмосфера покоя и тишины является необходимым фактором для достижения успеха при применении любого метода обезболивания родов.

Роженицы, у которых по тем или иным причинам роды не обезболены или у которых не удалось добиться достаточного уменьшения интенсивности болей, должны находиться в другой комнате. Совместное их пребывание с женщинами, безболезненно или мало болезненно реагирующими на схватки и потуги, часто приводит к снижению эффекта обезболивания у последних. Кроме того, следует учесть недопустимость такого положения, когда роженица, у которой психопрофилактический метод не дал эффекта, а медикаментозные средства обезболивания родов не применяются вследствие противопоказаний, наблюдает, как легко протекают роды у соседки, у которой достигнуто обезболивание родов.

Для организации такого порядка в родильной комнате обычно приходится затратить немало усилий. Однако при настойчивой работе всего коллектива родовспомогательного учреждения это оказывается осуществимым в течение самого короткого срока.

Зато нельзя не убедиться в эффективности такой перестройки не только в отношении улучшения результатов обезболивания, но и в отношении повышения качества обслуживания роженицы.

Глава VII

ПРОФИЛАКТИКА ВНУТРИУТРОБНОЙ АСФИКСИИ ПЛОДА

Борьба с мертворождаемостью, поставленная в нашей стране на большую высоту, предусматривает повышенное внимание акушера к состоянию плода в период родов.

Одной из самых частых причин мертворождаемости является, как известно, внутриутробная асфиксия плода (А. П. Николаев, А. Н. Морозова, С. Л. Кейлин, К. Н. Рабинович, А. М. Фой и др.).

Наиболее физиологичный метод обезболивания родов — психопрофилактический — не оказывает отрицательного влияния на плод. То же можно сказать и о правильном применении ряда других обезболивающих средств, несмотря на бесспорно установленную проходимость большинства их через плацентарный барьер. Об этом свидетельствует богатейший опыт ряда акушерских учреждений, широко применяющих для обезболивания родов различные средства фармакодинамического метода.

Однако полностью отрицать возможность возникновения асфиксии плода в связи с неблагоприятным воздействием ряда медикаментозных средств на организм плода, конечно, нельзя. Асфиксия плода может произойти не только при передозировке препаратов, применяющихся для обезболивания родов, но, повидимому, и в связи с индивидуальными особенностями организма матери и плода, в связи с функциональными особенностями плаценты.

Диагноз начинающейся асфиксии плода возможен при условии надлежащего наблюдения за роженицей. Наиболее ранним признаком начинающейся асфиксии плода является, по мнению многих клиницистов,

ускорение сердцебиения плода. Эта стадия начинающейся асфиксии кратковременна, наблюдается не всегда и носит характер компенсаторной. При нарастании начинающейся асфиксии вслед за стадией ускорения сердцебиения плода наступает стадия стойкого замедления сердцебиения. Одновременно с этим нередко отмечается усиление звучности сердечных тонов и неправильный ритм сердцебиения. Заключительная, третья, стадия нарастающей асфиксии выражается или в возникновении патологической тахикардии, или в дальнейшем замедлении сердцебиения вплоть до остановки сердечной деятельности.

Помимо этого, следует помнить, что одним из нередких признаков асфиксии является отхождение мекония при головном предлежании плода или значительное окрашивание меконием отходящих вод, хотя сам по себе этот признак не имеет абсолютно неблагоприятного значения (Г. Г. Гентер).

Принято считать, что учащение сердцебиения плода свыше 160 ударов в минуту и замедление сердцебиения до 100 ударов в минуту и ниже свидетельствуют о серьезной угрозе жизни плода, и в этих случаях желательна незамедлительная родоразрешение, способ которого определяется в зависимости от условий; тотчас же следует приступить к проведению мер против внутриутробной асфиксии плода.

В тех случаях, когда после применения средств для обезболивания родов отмечается хотя бы незначительное ухудшение сердцебиения плода, допускающее выжидательное ведение родов, необходимо проводить меры профилактики внутриутробной асфиксии плода.

В настоящее время меры профилактики внутриутробной асфиксии плода достаточно глубоко разработаны и представлены «триадой» А. П. Николаева, заключающейся в следующем.

1. Вдыхание роженицей кислорода из обычной кислородной подушки или из баллона, снабженного редуктором, по 10 минут, повторно через каждые 5 минут, до стойкого выравнивания сердцебиения плода.

2. Внутривенное введение роженице 1 мл 10% раствора кардиазола (коразола).

3. Внутривенное введение 50 мл 40% стерильного раствора глюкозы.

4. Дача роженице внутрь 0,3 (300 мг) аскорбиновой кислоты, разведенной в полустакане горячей кипяченой воды или чая.

Все указанные манипуляции необходимо производить одновременно; глюкозу и кардиазол для внутривенного введения следует набирать в один шприц.

После применения указанных мер сердцебиение плода в большинстве случаев улучшается и признаки угрожающей асфиксии плода устраняются.

В случае недостаточного эффекта или повторного ухудшения сердцебиения плода «триаду» Николаева повторяют вновь, хотя бы даже и через 10 минут после первого ее применения. Если через 10—15 минут и после повторного проведения указанных мероприятий признаков ликвидации асфиксии не отмечается, необходимо следовать обычному акушерскому правилу: разрешить женщине в интересах плода в соответствии с имеющимися условиями. Естественно, в огромном большинстве случаев акушер прибегает при этом к наложению щипцов.

А. П. Николаев рекомендует пользоваться для дачи кислорода постоянной установкой, обеспечивающей увлажнение кислорода и дозированную его подачу.

Глава VIII

УСКОРЕНИЕ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ

Вполне естественно, что одновременно с разработкой вопросов массового обезболивания родов советские акушеры стали изучать методы ускорения родового акта.

Успешное развитие этого вопроса способствует уменьшению мучительных переживаний женщины в родах. Если ускорение родов является чрезвычайно важным мероприятием при нормальном течении родового акта, то неизмеримо возрастает его актуальность при тех патологических состояниях, которые нередко на долгие часы затягивают течение родов и, естественно, резко повышают послеродовую заболеваемость и смертность новорожденных.

Впервые в советской акушерской литературе вопрос о научной параллельной разработке методов обезболивания и ускорения нормальных родов был поставлен А. П. Николаевым, К. К. Скробанским, М. С. Малиновским и Е. И. Кватером. К. К. Скробанский (1935) считал эту задачу актуальной, исходя из тех соображений, что проводимое одновременно с обезболиванием ускорение родов дает возможность акушеру, учитывая сравнительную кратковременность действия наркотических веществ, распространить влияние последних на более значительный отрезок родов.

М. С. Малиновский и Е. И. Кватер (1936) также поставили вопрос об обязательном использовании мероприятий, ускоряющих роды, для повышения эффективности применяемых средств акушерского обезболивания. Они пишут следующее: «Укорочение длительности страданий, укорочение длительности родов само по себе уже является моментом крайне актуальным и поэтому, наряду со средствами для обезболивания, мы всегда должны применять и средства, укорачивающие родовой акт». Такой же точки зрения придерживается и А. П. Николаев.

Взгляды советских акушеров в этом вопросе резко отличны от высказываний и практической направленности ряда зарубежных авторов. Так, широко известно предложение американского акушера Поттера (Potter) о форсированном родоразрешении путем пальцевого растяжения шейки матки до полного открытия под хлороформным наркозом с последующим поворотом плода на ножку и его извлечением. Французский акушер Дельма (Delmas) искусственное растяжение шейки матки производил под спинномозговой анестезией (что резко облегчает эту задачу) и в дальнейшем также выполнял поворот плода на ножку и его извлечение.

С легкой руки инициаторов этой практики «форсированного родоразрешения» современные американские акушеры широко используют немотивированное ходом родового процесса родоразрешение путем наложения щипцов, расценивая эту линию поведения в плане укорочения длительности болевых ощущений в родах.

Стоит ли говорить о том, что советским акушерам не свойственны подобные методы «родоускорения»? Можно ли не согласиться с отрицательной оценкой этих путей ускорения родов, данной К. К. Скробанским, категорически отвергавшим, наряду с другими советскими акушерами, идею и практику такого «форсированного родоразрешения»?

По этому поводу К. К. Скробанский писал: «Мне кажется, что такое форсирование родоразрешения едва ли может привиться в Советском Союзе, так как оно совершенно не отвечает направлению советской акушерской мысли, стоящей на точке зрения бережного и нетравматизирующего родоразрешения. Относясь отрицательно к идее насильственного родоразрешения, мы тем не менее должны признать идею ускорения родов крайне ценной, но осуществлять ее можно только бережными, нетравматизирующими методами, которыми располагает современное акушерство».

Некоторые зарубежные акушеры пытались добиться безболезненного и ускоренного течения первого периода родов путем назначения сравнительно длительное время бессолевой диеты (на протяжении 1—2 месяцев до родов). Однако проверка этого метода не подтвердила в полной мере возлагавшихся на него надежд (К. К. Скробанский и А. М. Фой). Наряду с этим, бессолевую диету практически трудно осуществить, так как полное лишение здоровой

беременной хлористого натрия относится к разряду весьма тягостных диетических предписаний, сомнительных к тому же по родоускоряющим и родообезболивающим возможностям.

Обоснование к применению ряда описываемых ниже методов и средств, как для ускорения нормальных родов, так и применяемых при слабости схваток с целью стимуляции родовой деятельности, изложено раньше в разделе «Причины наступления родов».

Вскрытие плодного пузыря как средство ускорения родов

До настоящего времени нет единой оценки метода ускорения нормальных родов путем искусственного раннего вскрытия плодного пузыря.

Если это мероприятие некоторыми акушерами используется в качестве метода борьбы со слабостью родовой деятельности, то как путь ускорения нормальных родов оно признается далеко не всеми специалистами. М. С. Малиновский пришел к заключению, что раннее вскрытие плодного пузыря, осуществляемое при определенных условиях, особенно у повторнородящих, может привести к значительному укорочению родового акта. К этому же выводу пришли К. К. Скробанский, В. В. Строганов, В. Я. Илькевич, А. П. Николаев, Е. Г. Щербина, З. Л. Карась, А. М. Фой и др.

Акушеры в настоящее время отвергают старые представления о решающей роли плодного пузыря для неосложненного течения периода раскрытия. Имеются многочисленные наблюдения, свидетельствующие о том, что при преждевременном и раннем отхождении вод очень часто процессы раскрытия шейки матки совершаются быстро и неосложненно. Более того, обычно после искусственного разрыва плодного пузыря ускоряется вставление головки плода, что в дальнейшем облегчает и течение процессов раскрытия, так как благодаря давлению подлежащей части плода на нервные сплетения, расположенные в области шейки, сокращения матки становятся более регулярными и интенсивными.

Наиболее активные сторонники раннего вскрытия плодного пузыря считают, что пузырь должен быть вскрыт возможно раньше от момента начала родовой деятельности, независимо от величины открытия шейки матки. Основ-

ная цель, преследуемая этим вмешательством, — ускорить роды.

Следует отметить, что далеко не все авторы единодушно относятся к подобному методу ускорения родов. Так, В. С. Груздев, отмечая тенденцию некоторых представителей современного научного акушерства к возведению вскрытия плодного пузыря в метод ускорения родов, опасался возможного в ряде случаев не усиления родовой деятельности, а наоборот, ее ухудшения и, следовательно, замедленного течения родового акта. Г. Г. Гентер рекомендовал стремиться к сохранению целостности пузыря до конца периода раскрытия из-за опасности восходящей инфекции и нарушения маточно-плацентарного кровообращения.

Мы, как и большинство советских акушеров, не считаем целесообразным применять вскрытие плодного пузыря в периоде раскрытия, как этого требуют некоторые зарубежные акушеры. Никогда нельзя поручиться за то, как пойдет в дальнейшем развитие родовой деятельности после такого раннего вскрытия плодного пузыря и не разовьется ли в подобном случае вместо усиления схваток упорная слабость их, которая потребует применения лечебных мероприятий. Если даже в единичных случаях столь раннего вскрытия плодного пузыря роды осложняются упорной слабостью схваток, метод нельзя применять для ускорения родов. Ускорение нормальных родов является лишь желательной, но необязательной задачей акушера и поэтому, осуществляя ее, мы никогда не должны рисковать, чтобы не превратить нормальные роды в патологические.

Кроме того, необходимо учесть, что даже сторонники этого метода ускорения родов указывают на многие противопоказания к его применению. Нельзя, например, производить ранний разрыв плодного пузыря при узком, особенно плоском, тазе, при наличии крупной головки плода, неправильных вставлениях и подвижности ее у первородящих. Никогда не следует прибегать к раннему вскрытию плодного пузыря при ягодичных и особенно при ножных предлежаниях плода. Нельзя рисковать вскрытием пузыря при неясной предлежащей части. Раннее вскрытие пузыря как средство ускорения

родов неприменимо для старых первородящих, у которых с этим вмешательством может быть связана наиболее упорная первичная и вторичная слабость родовой деятельности.

Учитывая вышеизложенное, мы считаем, что метод раннего вскрытия плодного пузыря с целью ускорения нормальных родов не должен применяться в акушерской практике.

Ускорение родов медикаментозными средствами

Весьма рационально использование метода ускорения родов, основанного на укорочении длительности первого периода родов путем назначения медикаментозных средств, ускоряющих и облегчающих процессы раскрытия шейки матки. Кроме того, при этом целесообразно стремиться к одновременному использованию и болеутоляющих препаратов.

Вообще попытки ускорения родов путем укорочения периода раскрытия наиболее заманчивы, учитывая длительность течения этого периода. К тому же в первом периоде родов бережные мероприятия для ускорения родов наиболее осуществимы.

Какой же путь следует избрать для облегчения и ускорения процессов раскрытия шейки матки?

Снижение тонуса парасимпатической системы рядом лекарственных средств (белладонна, лидол и др.) неизбежно влечет за собой ускоренное, облегченное течение раскрытия шейки матки и, несомненно, требует меньшей сократительной деятельности маточной мускулатуры. Ряд таких средств известен уже давно, однако широкого практического признания этот путь ускорения родов пока не получил.

По нашему мнению, наиболее целесообразным является комбинированное применение средств, обеспечивающих возникновение возможно большей податливости шейки матки, с препаратами, повышающими сократительную деятельность маточной мускулатуры. Положительных результатов одними из первых, исходя из этих позиций, добились М. С. Малиновский и Е. И. Кватер, предложив для целей обезболивания и укорочения первого периода родов комбинированное применение пантопона, сернокислого магния, атропина, хинина и тимофизина (два последние

препарата способствуют повышению интенсивности маточных сокращений).

Аналогичные соображения руководили нами при испытании действия белладонны с последующим назначением небольших дробных доз питуитрина. Мы воспользовались обезболивающими свечами Скробанского (Extr. Belladonnae 0,04, Pantoponi 0,02, Antipyridini 0,3). Свечу вводили в начале первого периода родов, когда сокращения матки принимали регулярный характер, чаще всего при открытии шейки на $1\frac{1}{2}$ —2 пальца. Через 1— $1\frac{1}{2}$ часа после введения свечи, когда антиспастические свойства белладонны выявляются наиболее полно, производится две-три-четыре, в зависимости от силы и характера схваток, подкожные инъекции питуитрина через каждые 25—30 минут по 0,15—0,25 мл. Этот метод мы применяли у здоровых рожениц при нормальных родах.

Применение даже столь небольших доз питуитрина после возникновения податливости зева приводило к значительному укорочению первого периода родов. Часто укорачивался и период изгнания. Средняя продолжительность родов у первородящих оказалась равной 11 часам 40 минутам (минимальный срок длительности родов в этой группе рожениц 1 час 45 минут). Средняя продолжительность родов у повторнородящих оказалась равной 6 часам 30 минутам. Таким образом, данный метод значительно ускоряет роды и не дает осложнений. Однако мы считаем более целесообразным для ускоренного течения первого периода родов применять лидол. Преимущества лидола, как мы убедились в процессе многолетних исследований этого препарата, заключаются не только в его значительном спазмолитическом эффекте на шейку матки, что приводит к облегченному ее раскрытию, но и в положительном влиянии на сокращения мускулатуры матки, а также в одновременных, впрочем, слабых, болеутоляющих свойствах. Именно поэтому широкое применение лидола в родах в дозе 90—100 мг подкожно мы считаем безусловно рациональным. Отсутствие при этом отрицательного влияния на плод позволяет причислить лидол к наиболее ценным средствам одновременного обезболивания и ускорения родов.

Для сокращения длительности нормальных родов, проводящихся с применением средств обезболивания, А. П. Николаев рекомендует одну из следующих двух схем для ускорения родов.

Первая схема ускорения родов предусматривает применение касторового масла, хинина, хлористого кальция, глюкозы и витамина В₁. Согласно практическому опыту А. П. Николаева и Л. Л. Хенкиной, данный метод приводит к ускорению родов в 89% случаев. Он заключается в следующем.

1. Роженице дают 60 г касторового масла и через 2 часа ставят очистительную клизму. За час до очистительной клизмы начинают давать хинин по 0,2 через каждые 30 минут; всего 5 раз (т. е. всего 1,0).

2. После действия кишечника между двумя последними приемами хинина роженице вводят в вену 50 мл 40% стерильного раствора глюкозы и 10 мл 10% раствора хлористого кальция (по Хмелевскому).

3. Вслед за последним порошком хинина роженице внутримышечно вводят 100 мг витамина В₁ и в случае необходимости через час — еще 60 мг (по Шубу).

Действие витамина В₁, как считает А. П. Николаев, повидимому, основано на способности этого витамина нормализовать углеводный обмен и ликвидировать мышечное утомление, наступающее вследствие накопления молочной и пировиноградной кислоты; кроме этого, витамин В₁ угнетает холинэстеразу и способствует сенсibilизации и синтезу ацетилхолина.

Вторая схема ускорения родов заключается в использовании фоликулина, питуитрина, карбохолина и хинина (предложена Л. А. Решетовой и П. А. Белошапко). Она состоит в следующем.

Роженице вводят внутримышечно 10 000 единиц фоликулина; через 30 минут дают внутрь 0,001 карбохолина (стойкого деривата ацетилхолина) с сахаром; через 15 минут после этого вводят внутримышечно 0,15 мл питуитрина (0,45 ED) и внутрь дают 0,15 солянокислого хинина. Через час от начала стимуляции назначают внутрь одновременно 0,001 карбохолина и 0,15 хинина; через 15 минут после этого дают карбохолин и хинин в той же дозировке и еще через 15 минут второй раз внутримышечно вводят 0,15 мл питуитрина. Таким образом, применение этой прописи заканчивается в течение 1½ часов.

М. Я. Михельсон предлагает для целей стимуляции родового акта прозерин — препарат, тормозящий холинэстеразу. Он считает этот путь наиболее физиологичным, так как повышение сократительной деятельности матки

осуществляется за счет угнетения холинэстеразы, что дает возможность более полного использования «своего собственного» ацетилхолина, вырабатываемого в холинэргических структурах. О значении холинэргических нервных механизмов в регуляции родового акта было частично уже сказано раньше (стр. 22). Поскольку участие центральной нервной системы в регуляции родового акта бесспорно, к этому следует добавить, что синапсы центральной нервной системы также холинэргичны.

Кроме всего отмеченного, недавно (С. В. Аничков и А. А. Белоус) было установлено, что нейрогипофиз имеет холинэргическую иннервацию. Следовательно, и секреция питуитарного гормона (окситоцина) регулируется холинэргическим механизмом.

М. Я. Михельсон предлагает две основные прописи прозерина, рекомендуемого им как для ускорения нормальных родов, так и для борьбы со слабостью родовой деятельности.

Пропись 1

Rp. Proserini 0,003
Sacchari albi 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N 8
S. По 1 порошку на прием через
40—60 минут (до 8 порошков)

Пропись 2

Rp. Proserini 0,015
Atropini sulfurici 0,0003
Sacchari albi 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 5
S. По 1 порошку на прием через
час (до 5 порошков)

Атропин во второй прописи назначается для предупреждения возможных побочных эффектов в результате действия больших доз прозерина: слюнотечение, боли в кишечнике, потоотделение, затруднение аккомодации и т. д.

В настоящее время положительная оценка метода дана рядом советских акушеров (В. Г. Бутомо, З. А. Дроздова, А. В. Савшинская, М. А. Петров-Маслаков, В. А. Пермская, А. М. Фой и др.). Мы применяли прозерин только по первой прописи М. Я. Михельсона. Прозерин назначается в периоде раскрытия при открытии шейки матки примерно на 2 пальца как у первородящих, так и у повторнородящих. Родовая деятельность, согласно нашим данным, обычно

заметно усиливается после применения второго-третьего порошка прозерина. Если родовая деятельность принимает интенсивный характер, дальнейшее применение прозерина следует прекратить. Если же усиления схваток не наблюдается, возможно дальнейшее применение препарата с интервалами, указанными выше.

Нередко мы сочетаем применение средств, обезболивающих роды, с назначением прозерина. Создалось впечатление что прозерин может обеспечить реальное укорочение родового акта, не снижая анальгезирующего влияния средств, обезболивающих роды. К такому же заключению пришли И. И. Богоров и М. А. Петров-Маслаков. И. И. Богоров незадолго перед применением различных средств, обезболивающих роды, в целях профилактики ослабления родовой деятельности назначает прозерин.

Пока еще трудно решить вопрос, какие из перечисленных выше медикаментозных средств для ускорения нормальных родов дают лучший эффект. Только лишь глубокий анализ большого числа клинических наблюдений и экспериментальных данных обеспечит окончательное решение вопроса.

Глава IX

СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И БОРЬБА С ЭТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

За последние годы резко возрос интерес советских акушеров к разработке эффективных методов борьбы со слабостью родовой деятельности — осложнением родов, чреватых многообразными отрицательными последствиями для здоровья матери и ребенка.

Да это и понятно: значительный процент оперативных вмешательств при слабости родовой деятельности (Г. Г. Гентер, М. Д. Гутнер, А. И. Петченко и др.), затяжное течение родов (А. В. Бартельс, П. А. Белошапко, Е. Е. Полоцкий и др.), повышенный процент асфиксий и мертворождаемости (П. А. Белошапко, С. Л. Кейлин, Я. С. Кленицкий, К. Н. Рабинович и А. М. Фой и др.), повышение шансов на послеродовые осложнения инфекционного характера (Л. И. Бубличенко) вынуждают отнести задачу разработки эффективных методов лечения при слабости родовой деятельности на любом этапе родов к числу наиболее важных научно-практических задач акушерства.

Частота слабости родовой деятельности колеблется у различных авторов от 2 до 8%.

Повышение внимания к вопросам диагностики слабости родовой деятельности дает возможность опровергнуть представления прежних авторов о сравнительной редкости этой патологии.

По данным П. А. Белошапко, частота слабости родовой деятельности закономерно повышается с возрастом роженицы, составляя 6,6% до 35 лет и 13,9% в возрасте старше 35 лет. Однако у повторнородящих эта патология встречается реже, чем у первородящих. У последних слабость родовой деятельности в возрасте 30—34 лет была выявлена в 18,5%.

К сожалению, далеко не всегда возможно выявить этиологические моменты этого, порой тяжелого, осложнения родового акта; именно этим, вероятно, и объясняются редкие неудачи врача от применяемых многочисленных средств стимуляции сократительной функции мускулатуры матки.

Если возникновение слабости родовой деятельности легко может быть объяснено в случаях перерастяжения маточной мускулатуры (на почве многоводия, многоплодной беременности, при наличии крупного плода), при выраженных аномалиях матки (двойная матка), при опухолях ее или же при тяжелых психогенных влияниях (например, при страхе перед родовыми болями), то во многих других случаях причина этого осложнения родового акта нередко остается неустановленной. П. А. Белошапко мог выявить причину слабости родовой деятельности лишь в 40% родов, осложнившихся этой патологией.

К сожалению, сравнительно часто приходится наблюдать игнорирование врачом издавна установленной зависимости недостаточности сократительной функции плодизгоняющего аппарата от инфантилизма женского организма, в том числе и полового аппарата, особенно матки. По нашим данным, не менее чем в 10—15% случаев слабость родовой деятельности явилась следствием этого фактора. Между тем тщательное изучение акушерских анамнестических данных (длительное первичное бесплодие, самопроизвольные выкидыши неустановленной этиологии и главным образом особенности менструаций) иной раз может помочь выяснить причину возникновения слабости родовой деятельности.

Наиболее пристального внимания заслуживает изучение характера менструаций в период их становления. Как известно, не только позднее начало менструаций, но и такие отклонения от нормального их течения, как очень обильные, или, наоборот, очень скудные, особенно при наличии резко выраженных болевых ощущений издавна расцениваются как одно из проявлений инфантилизма (Л. Л. Окинчиц, К. К. Скробанский и др.). Выявление перечисленных выше анамнестических данных, на наш взгляд, позволяет в отдельных случаях предвидеть возникновение слабости родовой деятельности и не допустить ее развития до размеров тяжелой акушерской патологии.

На основании практического опыта мы считаем весьма целесообразным при выявлении и устранении слабости

родовой деятельности придерживаться следующих установок.

1. Сравнительно высокой эффективностью отличается лечение при начальных формах слабости родовой деятельности. Своевременное, раннее корригирование сократительной деятельности матки является, по нашему мнению, более или менее надежным путем профилактики упорных форм недостаточности родовой деятельности (П. А. Белошапко, Я. С. Кленицкий, А. М. Фой и др.).

В ряде случаев подобная профилактическая линия, основанная на раннем выявлении и устранении недостаточности сократительной функции матки, может привести к недостаточно мотивированному применению средств стимуляции родовой деятельности. Не следует рассматривать применение их в подобных случаях как ошибочное мероприятие. Применение безвредных средств стимуляции сократительной деятельности матки в родах, идущих несколько в замедленном темпе, полностью соответствует современным установкам советского акушерства о более широком использовании мероприятий, содействующих осуществлению задачи бережного ускорения нормальных родов (М. С. Малиновский и Е. И. Кватер, А. П. Николаев, К. Н. Рабинович и А. М. Фой, Я. С. Кленицкий и др.).

2. Вопреки недавним установкам в акушерстве (В. С. Груздев, Г. Г. Гентер и др.), наличие целого плодного пузыря не должно являться основанием для отказа от борьбы со слабостью родовой деятельности, так как целостность плодного пузыря при многочасовой длительности этой патологии вовсе не является гарантией от послеродовых осложнений инфекционного происхождения и от неблагоприятных воздействий затянувшихся родов на состояние ребенка.

3. Для проведения эффективного лечения при слабости схваток можно, не принимая никаких мер, следить за характером родовой деятельности на протяжении не более 3—4 часов; этот срок при преждевременном и раннем отхождении вод должен считаться предельным для начала терапии, стимулирующей развитие маточных сокращений.

4. Диагностика слабости родовой деятельности при внимательном наблюдении за роженицей обычно не представляет трудности. Расположив руку в области дна матки по средней линии живота, легко можно установить состояние матки в покое и при схватках, определить начало, конец, продолжительность и силу схватки, длительность паузы между схватками. Для оценки силы схватки необходимо учесть состояние мышцы матки в покое.

Чем совершеннее расслабляется матка в фазе покоя и чем значительнее она уплотняется на высоте схватки, тем больше динамический размах (амплитуда) схваток.

Помимо обычного изучения качества сократительной функции матки (ритм схваток, длительность их, интенсивность), крайне необходимо в условиях акушерских стационаров любого профиля еще и наблюдение за раскрытием шейки матки, что наиболее надежно осуществляется методом влагалищного исследования.

Слабость родовой деятельности, связанная с применением болеутоляющих средств во время родов

Еще в середине прошлого столетия, когда по существу зарождалось научное обезболивание родов, зарубежные акушеры подвергали сомнению возможность избавления женщины от страданий во время родов. Они главным образом высказывали опасения потому, что применение в родах обезболивающих средств может привести к резкому торможению сократительной функции плодизгоняющего аппарата [П. А. Дюбуа (Dubois), Ф. Винкель (Winkel) и др.] и, следовательно, к длительному течению родов.

Русские акушеры в огромном большинстве (А. Я. Красовский, В. М. Флоринский, Н. Н. Сочава и др.) отрицали основательность этих опасений при умелом использовании обезболивающих средств. Несмотря на длительную историю научного обезболивания родов, высказывания о торможении родовой деятельности средствами акушерского обезболивания в различных вариантах многократно повторялись рядом специалистов-акушеров. Именно эти соображения и были одной из причин сравнительно медленной разработки фармакодинамического (точнее, наркотического) метода обезболивания родов.

Не останавливаясь детально на разногласиях сторонников и противников наркотического метода обезболивания родов, попытаемся вкратце подвести итоги исследования этого вопроса рядом советских специалистов. Учитывая огромный опыт ряда советских акушерских клиник, а также весьма значительный личный опыт по применению различных обезболивающих препаратов, необходимо признать возможность неблагоприятного влияния некоторых средств на родовую деятельность, однако с некоторыми оговорками.

Раннее использование в родах наркотических, снотворных и анальгезирующих средств до появления более или менее интенсивных схваток периода раскрытия действительно может сказаться на интенсивности сокращений матки (Г. Г. Гентер, Р. Г. Лурье, М. С. Малиновский, Е. И. Кватер и др.). В связи с этим многие акушеры рекомендуют воздерживаться от применения большинства средств для обезболивания родов до открытия шейки матки на два пальца. Это положение следует признать правильным.

Кроме того, необходимо признать, что даже при строгом выполнении этого требования возможно развитие вторичной слабости родовых сил вскоре после применения обезболивающих средств в обычных дозах. В этих случаях возникновение такой патологии обусловлено особенностью индивидуальной реакции роженицы на обычную дозу препарата. Правда, наш практический опыт показывает значительное преувеличение боязни многих акушеров относительно ухудшения интенсивности схваток и потуг под влиянием медикаментозного обезболивания родов. Следует указать, что опасность вторичной слабости родовой деятельности возрастает при передозировке обезболивающих средств.

Нередко можно было наблюдать некоторое удлинение родов до 1—2 часов при применении скополамино-морфинного «полусна» (М. С. Малиновский, Я. С. Аронсон, А. М. Фой и др.), синергетического эфирномасляного наркоза Гватмея (В. Я. Илькевич, Э. М. Каплун и др.), больших доз паральдегида, некоторых препаратов барбитуровой кислоты — перноктона, гексенала (П. А. Белошапко, А. М. Фой и др.) и ряда других препаратов.

Впрочем, даже широкое применение этих методов акушерского обезболивания в период 1935—1941 гг. показало, что число рожениц с упорной слабостью родовой деятельности как осложнения, вызванного применением методов обезболивания родов, крайне невелико (К. К. Скробанский, С. Г. Хаскин, А. М. Фой и др.). Обычно вторичная слабость схваток и потуг с успехом ликвидировалась при использовании обычных средств стимуляции родовой деятельности и не переходила в тяжелую патологию.

В настоящее время советские акушеры применяют лишь такие средства обезболивания родов, которые, как правило, не вызывают этих осложнений. Тем не менее надо отметить, что в ряде случаев (редко) может развиваться слабость родовой деятельности как в результате применения обезболивающих препаратов, так и независимо от них. Поэтому ниже мы приведем описание наиболее активных методов борьбы со слабостью родовой деятельности.

Основные методы борьбы со слабостью родовой деятельности

Естественно, что меры борьбы со слабостью родовой деятельности были бы более успешными, если бы у каждой роженицы можно было выявить причину возникновения этой патологии. Однако, к сожалению, это требование чрезвычайно часто оказывается неосуществимым.

Безусловно, правильно указание К. К. Скробанского относительно того, что «умение успокоить роженицу, заставить ее максимально использовать свою слабую родовую работу, хороший уход и правильное введение в организм хорошо подобранных питательных веществ, своевременное опорожнение кишечника и особенно мочевого пузыря — все это дает хорошие результаты и позволяет очень часто обходиться без введения различных препаратов, способствующих родовой работе, и даже избежать оперативной помощи».

Однако нередко соблюдение этих важных мероприятий не дает должного эффекта. В таких случаях весьма целесообразно попытаться ликвидировать слабость родовой деятельности путем использования одного из многочисленных способов медикаментозной, в том числе и гормональной, терапии.

Сравнительно хорошо в настоящее время изучены методы гормональной терапии, приме-

няющейся при слабости родовой деятельности. В частности, несомненно хорошие результаты могут быть получены при использовании препарата задней доли гипофиза — питуитрина. Как при отошедших, так и при отошедших водах в различные фазы периода раскрытия легкие формы недостаточности родовой деятельности успешно могут быть ликвидированы после 3—4 инъекций питуитрина по 0,25 мл через каждые 20—30 минут. Чрезвычайно рационально использование питуитрина мелкими дробными дозами, по 0,1—0,15 мл, через каждые 15—20 минут, доводя его общее количество до 1 мл.

При слабости схваток можно также рекомендовать и фолликулинотерапию как в чистом виде, так и в комбинации с питуитрином. Механизм действия фолликулина при этом пока еще далеко не ясен, несмотря на наличие большого числа специальных исследований (И. Ф. Жорданиа, А. Э. Мандельштам, В. К. Чайковский, Е. И. Кватер, Е. Я. Ставская, А. И. Петченко, А. М. Фой и др.). Частично о значении фолликулина для развязывания родовой деятельности было указано раньше (стр. 19). Однако здесь нельзя не отметить и его свойства вызывать длительную гиперемию матки. Все эти данные привели к многочисленным попыткам экспериментального и клинического использования фолликулина как для вызывания схваток, так и для их усиления (И. Ф. Жорданиа, Е. Я. Ставская, Е. И. Кватер, А. И. Петченко и др.). Следует, впрочем, указать, что некоторые акушеры (Я. Г. Буханов и др.) отрицают значение фолликулина как средства, повышающего контрактильность матки.

Чаще всего для борьбы со слабостью схваток используется бензоат фолликулина (Folliculini benzoicum) в больших дозах, обычно не менее 10 000—20 000 ЕД; многие акушеры применяли препараты фолликулина в дозах от 30 000 до 250 000 ЕД.

Согласно многочисленным экспериментальным данным, для усиления сократительной функции матки имеет смысл не только изолированное применение фолликулина, но и комбинированное использование бензоат фолликулина с питуитрином для усиления обычных свойств последнего. Для усиления схваток мы прибегаем к внутримышечному введению бензоат фолликулина в количестве 12 000—20 000 ЕД с последующим применением через

2—3 часа небольших доз питуитрина (подкожно по 0,25 мл через каждые 20—30 минут; всего 3—4 инъекции, в зависимости от получаемого эффекта). К сожалению, и эта методика иногда не дает эффекта даже при значительном повышении указанной дозы фолликулярного гормона.

За последние годы некоторые акушеры при слабости родовой деятельности применяют синтетические эстрогенные препараты: синэстрол, диэтилстильбэстрол и др. (по 50 000—100 000 ЕД). Эти препараты активны в своей эстрогенной функции, однако могут ли они способствовать появлению и усилению схваток, пока окончательно не установлено.

Согласно практическому опыту, применение синэстрола в дозе 50 000—60 000 ЕД нередко приводит к ликвидации слабости схваток.

Необходимо помнить, что как фолликулярный гормон, так и синтетические эстрогены для усиления родовой деятельности требуют порой длительного латентного периода. Поэтому целесообразно стремиться к его укорочению с помощью небольших дробных доз питуитрина (по 0,15—0,25 мл через каждые 20—30 минут; всего 3—4 инъекции). Питуитрин мы начинаем вводить через 2—3 часа после применения фолликулина или синэстрола, заведомо учитывая, что свое наибольшее влияние на родовую деятельность они окажут, несомненно, позднее.

Широкой популярностью среди советских акушеров для лечения слабости родовой деятельности пользуются методы, предусматривающие сочетанное использование касторового масла, хинина и питуитрина. Обычно роженице вначале назначают 2 столовых ложки касторового масла. Затем примерно через 2—3 часа ей дают несколько порошков солянокислого хинина по 0,1—0,15 через каждые 25—30 минут, в общей сложности до 1 г. Через 30 минут после дачи последнего порошка хинина производят несколько инъекций (обычно 3—4) питуитрина по 0,2—0,25 мл через каждые 25—30 минут. Следует помнить, что сократительную деятельность матки возбуждают лишь небольшие дозы хинина, большие же — парализуют ее (К. К. Скробанский). Несомненно, что хинин — одно из излюбленных старых средств борьбы со слабостью родовой деятельности — следует отнести к числу наиболее действенных и быстро действующих препаратов, особенно при преждевременном и раннем отхождении вод (Г. Г. Гентер, К. К. Скробанский и др.).

Основываясь на концепции А. П. Николаева о значении ацетилхолина в качестве передатчика нервного возбуждения, можно считать, что благодаря перистальтике кишечника от касторового масла в кровь выделяется большое количество медиаторного ацетилхолина, который, как указано выше, разрушается холинэстеразой. Хинин, обладая способностью угнетать холинэстеразу, тем самым стабилизирует ацетилхолин. О значении питуитрина для родовой деятельности указано выше (стр. 20).

В последнее время, особенно при затянувшихся родах на почве слабости схваток, мы прибегаем к помощи ряда дополнительных средств, которые, по нашим данным, улучшают результаты основных методов борьбы с недостаточностью сократительной функции матки. Целесообразно применение глюкозы (40—50 мл 40% раствора внутривенно), которая, являясь главнейшим энергетическим веществом для работающих мышечных органов, повышает их работоспособность, предупреждает утомление. В. Н. Хмелевский, А. П. Николаев и др. доказали, что вялая родовая деятельность совпадает с малым количеством сахара в крови, чего не наблюдается при сильных схватках.

Помимо этого, основываясь на экспериментальных данных Е. И. Кватера и др., мы считаем показанным, наряду с использованием других средств, повышающих интенсивность схваток, прибегать к насыщению организма массивными дозами аскорбиновой кислоты (не менее 500 мг препарата в вену — 5 мл 10% раствора).

За последнее время для борьбы со слабостью родовой деятельности был предложен ряд новых средств, в частности, прозерин, применяемый по одной из прописи М. Я. Михельсона (стр. 108).

Опыт клиник, руководимых В. Г. Бутомо (З. А. Дроздова), М. А. Петровым-Маслаковым (А. В. Савшинская), К. Н. Рабиновичем (В. А. Пермская) и наши наблюдения позволяют настойчиво рекомендовать использование прозерина как одного из активных средств борьбы со слабостью родовой деятельности. Прозерин в применяемых нами дозах не оказывает побочного действия и часто вызывает нормализацию сократительной функции матки в периоде раскрытия как при наличии плодного пузыря, так и при отошедших водах. Следует отметить, что, к сожалению, иногда применение прозерина оказывается неэффективным, вследствие чего приходится прибегать

к использованию других средств для стимуляции схваток.

Не меньшего внимания заслуживает в этих же целях применение стимуляторов типа фенамина (А. М. Фой, А. Г. Пап). Фенамин, быстро снимающий утомление, не может не представлять большого интереса для акушера, столь часто сталкивающегося с крайне выраженным утомлением рожениц в связи с затяжным течением родов. Обычно уже через 20—35 минут после однократного применения фенамина [0,02 (!) per os]¹ можно наблюдать резкое учащение и усиление схваток.

Характерно, что действие препарата проявляется более заметно не в начальные фазы периода раскрытия, а в середине или в конце его. Чем больше утомлена женщина предшествующей родовой деятельностью, тем быстрее и выраженнее проявляется эффективность этого стимулятора. Особенно ценным следует считать использование фенамина у рожениц со слабостью родовой деятельности, развившейся после применения различных обезболивающих средств наркотического ряда.

Рационально сочетанное использование прозерина и фенамина. Фенамин назначается нами в промежутке между дачей второго и третьего порошка прозерина.

За последнее время мы изучали новый советский стимулятор сократительной деятельности матки в родах, выпущенный Всесоюзным научно-исследовательским химико-фармацевтическим институтом имени С. Орджоникидзе, — п а х и к а р п и н (предложен проф. М. Д. Машковским).

Пахикарпин выделен акад. А. П. Ореховым, М. С. Рабинович и Р. А. Коноваловой из растения *Sophora raphanistrum*. Экспериментальное изучение пахикарпина (А. М. Фой и А. Л. Чайковская) выявило целесообразность клинического испытания препарата. Мы использовали пахикарпин при слабости родовых схваток, чаще при преждевременном и раннем отхождении вод, а также при слабости потуг. У ряда рожениц мы применяли пахикарпин после предварительного назначения дробных доз хинина (в об-

¹ Согласно Государственной фармакопее СССР (издание VIII), высшая разовая доза фенамина 0,01, высшая суточная доза—0,02. Завышение разовой дозы фенамина с целью стимуляции родовой деятельности допустимо в соответствии с постановлением Фармакологического комитета Ученого совета Министерства здравоохранения от 17 октября 1953 г.

щей сложности до 1 г). Мы применяли 2,5 мл 3% раствора пахикарпина подкожно. При необходимости эту дозу пахикарпина через час вводили повторно.

Общее впечатление об этом новом ценном заменителе питуитрина, несомненно, благоприятное. Его стимулирующие свойства обычно выявляются через 15—20—35 минут после инъекции. Значительно быстрее наступает эффект в периоде изгнания. Отличительным свойством пахикарпина, применяемого в периоде раскрытия, является нормализация маточных сокращений, некоторое учащение их, увеличение длительности схваток. Ни разу нам не удалось наблюдать сокращений чрезмерной продолжительности или сокращений тетанического характера. Артериальное давление обычно остается без изменений. Это обстоятельство имеет большое значение для акушера, лишенного возможности применения питуитрина у рожениц, страдающих нефропатией или гипертонической болезнью.

У рожениц с резко выраженной ригидностью зева, обуславливающей развитие вторичной слабости схваток, а также при судорожных схватках мы не раз с успехом использовали лидол (90—100 мг) как мощный спазмолитический препарат, обладающий к тому же способностью нормализации и усиления маточных сокращений.

При использовании любого метода борьбы с упорными формами слабости схваток никогда не следует забывать о необходимости предоставления роженице, крайне утомленной бесплодными и нередко особенно болезненными схватками, хотя бы $1\frac{1}{2}$ —2-часового отдыха. К сожалению, акушеры забывают о высокой терапевтической ценности в подобных случаях морфина (1мл 1% раствора под кожу). За последнее время мы с успехом использовали с этой же целью текодин (1 мл 1% раствора под кожу).

Как известно, столь же успешно применение в течение 15—30 минут легкого эфирного наркоза. Обычно у женщины, утомленной мучительными схватками, даже очень небольшая доза эфира (до 15—20 мл) обеспечивает сон продолжительностью до 1— $1\frac{1}{2}$ часов. Часто после этого схватки становятся нормальными.

В сравнительно редких случаях перечисленные методы борьбы со слабостью родовой деятельности даже при повторном применении различных средств оказываются неэффективными. При безуспешном повторном применении различных средств медикаментозной терапии следует, учи-

тывая индивидуальные особенности течения родового акта, акушерский анамнез, длительность безводного периода, отсутствие противопоказаний, в интересах плода поставить вопрос о родоразрешении женщины путем кесарева сечения. Безусловно, к этому решению следует прибегать в исключительно редких, буквально единичных случаях.

Иногда упорная инертность «маточного мотора» даже при настойчивом применении различных методов, стимулирующих родовую деятельность, не ликвидируется, что вынуждает акушера в интересах матери и плода наложить кожно-головные щипцы по Иванову. Этот метод обычно приводит к резкому ускорению затяжных родов. В советской медицинской литературе последнего времени данный метод особенно рекомендуется как мероприятие, снижающее мертворождаемость в связи с резко затянувшимися родами. Мы не имеем большого опыта по применению щипцов Иванова ни при предлежании детского места, ни при слабости родовых схваток. Однако впечатление от него в общем благоприятное, так как мы не имели тяжелых повреждений плода и добивались явного ускорения родов с помощью применения щипцов по Иванову.

Как и многие другие акушеры, мы рекомендуем при затяжных родах, особенно при длительном безводном периоде, в целях предупреждения послеродовой инфекции раннее назначение пенициллина.

Чрезвычайно полезно, особенно при упорной слабости родовой деятельности, с целью профилактики внутриутробной асфиксии плода применять «триаду» А. П. Николаева. Клиническая ценность данного метода настоятельно диктует необходимость широкого его распространения.

Своевременное применение перечисленных выше методов борьбы со слабостью родовой деятельности, способствующих укорочению затяжных родов, в акушерской практике оказывается высокоэффективным и совершенно безвредным мероприятием (К. К. Скробанский, К. Н. Рабинович, П. А. Белашапка, Я. С. Кленицкий, А. М. Фой и др.). Есть все основания рекомендовать эти средства для широкого применения. Кроме того, применение изложенных выше методов снижает мертворождаемость, уменьшает процент родоразрешающих операций, а также число послеродовых заболеваний.

Глава X

РАЦИОНАЛЬНЫЕ СХЕМЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ СРЕДСТВАМИ ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКОГО МЕТОДА (ПРИМЕНИТЕЛЬНО К ПРОФИЛЮ РОДИЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ)

Обезболивание родов в родильных учреждениях, обеспеченных круглосуточным дежурством ♦ врача

Схема 1

В настоящее время необходимо стремиться к широчайшему применению психопрофилактического метода обезболивания родов. Этот метод, особенно при условии хорошо организованной предродовой подготовки в женской консультации, безусловно дает положительные результаты.

Можно добиться положительного эффекта в отношении профилактики родовой боли и при обучении женщины приемам психопрофилактического обезболивания, проводимом в родильном стационаре, особенно если роженица поступает в самом начале периода раскрытия шейки матки. Лишь в тех случаях, когда метод профилактики родовых болей оказывается неэффективным, мы рекомендуем в любой фазе первых двух периодов родов использовать некоторые средства фармакодинамического метода.

Конечно, ошибочно представление о возможности уложить различные средства фармакодинамического метода обезболивания родов и их сочетания в несколько схем, которые применяются в зависимости от длительности родового акта, основных его особенностей и интенсивности болевых ощущений. Вообще схематизация, как и при изложении других разделов акушерства, здесь используется только лишь для облегчения ориентировки врача в отношении выбора препаратов болеутоления в ту или иную фазу родового акта. Совершенно естественно, что нельзя

изолировать использование приемов болеутоления от методики ведения родов. Именно поэтому мы и рассмотрим несколько вариантов применения различных средств обезболивания родов в зависимости от особенностей течения родового процесса.

Ни одно из средств обезболивания родов не может гарантировать необходимой длительности обезболивающего эффекта, за исключением тех 5—6% случаев, когда течение родового акта, особенно у повторнородящих, отличается значительной быстротой, в связи с чем ни один метод, исключая перемежающийся эфирный наркоз, не успеет проявить надлежащего эффекта до завершения периода изгнания. Легко осуществимой является задача обезболивания родов у тех женщин, которые по тем или иным причинам приходят в родильное учреждение в самом конце периода раскрытия или в начале периода изгнания (в среднем 12—15% родов). Задача акушера в таких случаях не сложна: легкий перемежающийся эфирный наркоз — и цель достигнута.

При отсутствии или недостаточном эффекте психопрофилактического метода одно лишь пожелание женщины об избавлении от болей должно быть воспринято как наличие показания к обезболиванию теми медикаментозными средствами, которые акушер считает у данной роженицы наиболее действенными и безвредными.

Особенно трудна задача обезболивания родов средствами фармакодинамического метода, когда женщина нуждается в их применении с первых часов периода раскрытия. В таких случаях нет другого пути, кроме метода комбинированного обезболивания, метода использования ряда средств, назначаемых в известной последовательности с учетом фазы родов, интенсивности схваток, силы болевых ощущений, длительности обезболивающего эффекта после ранее примененных болеутоляющих средств.

Необходимо умело использовать средства фармакодинамического метода с таким расчетом, чтобы наиболее действенные из них были применены в часы наибольших физических страданий.

Легче всего рассмотреть применяемые схемы обезболивания родов средствами фармакодинамического метода на

отдельных конкретных примерах, позволяющих наметить некоторые варианты использования этих средств.

Остановимся на одной из возможных схем обезболивания нормально протекающих родов у здоровой первородящей, поступившей в родильное учреждение в самом начале периода раскрытия.

Роженица поступила через $1\frac{1}{2}$ часа после начала регулярных схваток. Схватки при поступлении через 12—15 минут, продолжительностью 15—20 секунд, малоболезненные; воды не отходили.

При обследовании установлено, что размеры таза нормальные, имеется затылочное предлежание плода, головка его прижата ко входу в малый таз. При влагалищном исследовании обнаружено полное сглаживание шейки матки и открытие наружного зева с кончик пальца. Сердцебиение плода без отклонений от нормы.

По существу женщина поступила в самом начале родов с еще малоинтенсивными болевыми ощущениями при схватках. Роженица выполняет приемы, предусмотренные психопрофилактическим методом. Врач и акушерка систематически контролируют и, если необходимо, корригируют выполнение женщиной этих приемов. Все идет в соответствии с обычным началом периода раскрытия у первородящих и пока нет оснований волноваться о дальнейшем течении родов.

Представим себе, что по мере усиления схваток является неудача: женщина отмечает прогрессирующее усиление болевых ощущений при схватках. Последние становятся все более продолжительными, интенсивными, болезненными. Средняя длительность схватки 40 секунд. Открытие наружного зева — один палец.

Можно ли подумать о болеутолении медикаментозными средствами в этот момент периода раскрытия? Или следует «спокойно» дожидаться усиления болезненности до размера подлинных физических страданий? Имеются ли противопоказания для столь раннего использования средств обезболивания?

Нередко в специальной литературе можно встретиться с указанием, что обезболивание родов следует начинать при определенном открытии зева, чаще всего при открытии зева на два-три пальца. К. К. Скробанский, как и многие другие акушеры, протестовал против подобной точки зрения, указывая, что обезболивание нужно проводить,

учитывая не только степень раскрытия шейки матки, но и особенности родового акта, в том числе и степень болезненности схваток.

Конечно, применение в эту фазу родов сильнодействующих наркотических, снотворных или анальгезирующих средств, тем более в больших дозах, является грубой акушерской ошибкой. Однако применение безвредных болеутоляющих методов и в эту фазу родов является и допустимым, и даже желательным, так как боли в первую треть периода раскрытия являются совершенно ненужными для нормального течения родового акта и отрицательно сказываются на состоянии роженицы. В эту фазу родов сравнительно эффективные результаты могут быть получены от применения карандаша Кипарского или пасты Розенталя (см. стр. 128). Эти средства не дают длительного эффекта, но их следует применять как абсолютно безвредные. Чаще всего это будет в первую треть периода раскрытия еще до появления интенсивных и длительных схваток.

В нашем случае для обезболивания был применен карандаш Кипарского; обычно он оказывает болеутоляющее действие примерно в течение 40—45 минут, редко больше. За это время схватки у роженицы стали еще более частыми—через 7—8 минут, средняя длительность схваток возросла до 50 секунд. Головка по наружному исследованию стоит малым сегментом во входе в малый таз. Открытие наружного зева — два пальца. Следовательно, имеется нормальное течение периода раскрытия. Болевые ощущения через час после применения карандаша Кипарского стали еще более мучительными. Женщина громко стонет во время схваток. Была введена свеча Скробанского. Однако, учитывая возможность ослабления сократительной деятельности матки в связи с применением свечи, одновременно с ней профилактически используется прозерин по одной из схем проф. Михельсона. Следует учитывать, что прозерин не понижает анальгезирующих свойств препаратов, применяющихся для обезболивания родов.

Уже через 20—30 минут поведение женщины меняется: она становится несколько спокойнее, в паузах между схватками отмечается легкое дремотное состояние. Схватки по-прежнему регулярны и ритмичны. Через 6 часов после поступления роженицы в стационар головка плода стоит

уже большим сегментом во входе в малый таз. При влагалитном исследовании установлено, что шейка сглажена, открытие наружного зева — почти полное, края зева податливые. Плодный пузырь цел, напрягается при схватках. Учитывая почти полное открытие наружного зева, было произведено вскрытие плодного пузыря. Отошло умеренное количество прозрачных вод. Через 20 минут после вскрытия плодного пузыря схватки стали очень интенсивными и болезненными.

Учитывая, что речь идет о первородящей женщине, у которой до конца второго периода родов осталось 1—1½ часа, был введен 1 мл 1% раствора текодина, вследствие чего через 15 минут наступил болеутоляющий эффект.

Головка плода сравнительно быстро опускается в полость таза. Сердцебиение плода не вызывает никаких опасений.

При врезывании и прорезывании головки дан пережающийся эфирный наркоз (эфира при этом израсходовано около 10 мл). Через 1 час 15 минут после вскрытия плодного пузыря произошли роды. Никаких особенностей в дальнейшем течении родов не отмечено. Общая продолжительность родов 11 часов 45 минут. Применяемые обезболивающие средства снизили родовые боли, о чем должны свидетельствовать соответствующие наблюдения и записи дежурного врача в истории родов, а также отзывы родильницы об эффективности применявшихся препаратов.

Таким образом, схема 1 может быть рекомендована к применению у рожениц со сравнительно умеренно выраженными родовыми болями, с хорошо развивающейся родовой деятельностью, при условии нормального течения родового акта.

Схема 2

Эта схема отличается от первой лишь в том отношении, что здесь в середине периода раскрытия был применен морфин с серноокислым магнием. Это, бесспорно, — одно из самых эффективных средств фармакодинамического метода, часто дающее хороший болеутоляющий эффект даже у очень нервных женщин, иногда тяжело переносящих родовые боли.

При использовании морфина и ему подобных средств в родах весьма рационально одновременно с ними в целях

профилактики внутриутробной асфиксии плода проводить «триаду» Николаева. К тому же надо учесть, что эти средства благотворно влияют на родовую деятельность.

Не следует прибегать к назначению морфина или пантопона при быстром течении родового акта, в конце периода раскрытия или в период изгнания в связи с указанием ряда акушеров на отрицательное воздействие этих препаратов на дыхательный центр плода.

Естественно, применение морфина и пантопона в целях обезболивания нормально протекающих родов допустимо лишь у женщин с резко выраженными болевыми ощущениями при схватках или значительно утомленных родовой деятельностью.

Схема 3

Данная схема отличается от предыдущих использованием чрезвычайно рациональной комбинации для болеутоления в первом периоде родов — лидола, оказывающего спазмолитический эффект, в связи с чем ускоренно протекает период раскрытия с текодином, являющимся лучшим заменителем морфина.

Особенно желательно использовать лидолтекодиновую анестезию в родах, осложнившихся ригидностью шейки матки. Целесообразно применять ее и при схватках, отличающихся спазматическим характером.

В связи с тем что в 2—3% случаев родов наблюдается рождение сонных детей, что объясняется влиянием текодина, ради осторожности мы не можем возражать против применения «триады» А. П. Николаева в целях профилактики неблагоприятного воздействия текодина и других обезболивающих средств на плод.

Весьма эффективно наше предложение об использовании текодина с серноокислым магнием, проверенное Ф. И. Варшавской на большом количестве родов. Несмотря на хороший и сравнительно длительный эффект обезболивания, мы склоняемся к комбинированному применению лидола и текодина, учитывая, что такое сочетание ускоряет роды.

В отдельных случаях после возобновления родовых болей можно в начале периода изгнания использовать анестезию срамного нерва. Эта анестезия, бесспорно, эффективна и безвредна, но сравнительно трудоемка и поэтому не имеет широкого применения.

Основные схемы обезболивания родов средствами фармакодинамического метода

Фазы родов	Обезболивающие мероприятия				
	схема 1	схема 2	схема 3	схема 4	схема 5
Начало периода раскрытия	Карандаш Кипарского или паста Розенталя	Карандаш Кипарского или паста Розенталя	Карандаш Кипарского или паста Розенталя	Карандаш Кипарского или паста Розенталя	Карандаш Кипарского или паста Розенталя
Середина периода раскрытия	Свеча Скробанского. Ускорение родов прозерином	Морфин с сернокислым магнием	Лидол с текодином или текодин с сернокислым магнием	Текодин (или морфин с сернокислым магнием). Паральдегид. Ускорение родов прозерином	
Конец периода раскрытия	Текодин				
Начало периода изгнания					Анестезия срамного нерва
Обезболивание при врезывании и прорезывании головки плода	Переменяющийся эфирный наркоз	Переменяющийся эфирный наркоз	По надобности переменяющийся эфирный наркоз	Переменяющийся эфирный наркоз	

Рецептурные формулы к схемам
обезболивания родов

Карандаш Кипарского

Rp. Mentholi 80%
Paraffini solidi 20%
MDS. Для смазывания участков
кожи в области локализации бо-
левых ощущений

Паста Розенталя

Rp. Chloroformii 150,0
Spiritus Vini rectificati 20,0
Mentholi 5,0
Paraffini solidi 30,0
MDS. Для смазывания кожи в об-
ласти нижнего отдела живота

Свеча Скробанского

Rp. Fxtr. Belladonnae 0,04
Pantoponi 0,02
Antipyrini 0,3
But. Cacao q. s.
M. f. suppos. D. t. d. N. 1
S. Для введения в прямую кишку

Текодин

Rp. Sol. Thecodini 1% 1,0
D. t. d. N. 5 in ampullis
S. По 1 мл подкожно
Морфин с серноокислым магнием
Внутримышечно одномоментно вводятся:
1 мл 1% Sol. Morphini hydrochlorici
4 мл 25% Sol. Magnesii sulfurici

Лидол с текодином

Подкожно одномоментно вводятся:
3 мл 3% Sol. Lidoli
1 мл 1% Sol. Thecodini

Текодин с серноокислым
магнием

Внутримышечно одномоментно вводятся:
1 мл 1% Sol. Thecodini
4 мл 25% Magnesii sulfurici

Паральдегид

Rp. Paraldehydi 8,0 (!)
Spiritus Vini rectificati 7,0
Aq. destill. 35,0
MDS. На одну клизму

или
Rp. Paraldehydi 8,0 (1)
Ol. Helianthi 20,0
MDS. На одну клизму

Анестезия срамного нерва

Sol. Novocaini 0,5% (150 мл)

Sol. Lupicaini 1 : 2 000 (до 100 мл)
или

Ускорение родов прозерином

Пропись 1

Rp. Proserini 0,003
Sacchari albi 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 8
S. По 1 порошку на прием через
каждые 40 — 60 минут (до 8 по-
рошков)

Пропись 2

Rp. Proserini 0,015
Atropini sulfurici 0,0003
Sacchari albi 0,2
M. f. pulv. D. t. d. N. 5
S. По 1 порошку на прием через
каждый час (до 5 порошков)

Значительно проще использовать в периоде изгнания перемежающийся эфирный наркоз, как безусловно безвредное мероприятие, особенно целесообразное при ведении родов у первородящих, у которых фазы врезывания и прорезывания головки плода часто оказываются крайне болезненными.

Схема 4

После применения, как и всегда в первые часы периода раскрытия при наличии болезненности схваток, карандаша Кипарского или пасты Розенталя врач может в отдельных случаях использовать для обезболивания в периоде раскрытия текодин (или морфин с серноокислым магнием) с последующим введением паральдегида.

Чтобы применить этот метод обезболивания, нужна уверенность в неосложненном течении родов, особенно в нормальном развитии сократительной деятельности матки. В комбинации с текодином (или морфином с серноокислым магнием) паральдегид эффективен. Вскоре после введения препарата роженица успокаивается, дремлет, иногда даже

спит в паузах между схватками. Увеличивать дозу паральдегида свыше 8 мл (!) мы считаем нежелательным.

В целях профилактики ослабления схваток весьма рационально использовать прозерин.

Схему 4 мы рекомендуем применять только лишь для обезболивания родов у женщин, страдающих нефропатией. Весьма целесообразно назначать паральдегид и при эклампсии во время родов, наряду с обычно проводимой магnezиальной терапией.

Схема 5

Эта схема отличается от предыдущих использованием в начале периода изгнания плода анестезии срамного нерва. Как мы уже указывали выше, этот метод довольно трудоемкий и поэтому его можно рекомендовать главным образом при ведении родов у рожениц, у которых по тем или другим причинам нежелательно или даже недопустимо применение перемежающегося эфирного наркоза (заболевание органов дыхания, бронхиальная астма).

Обезболивание родов в родильных учреждениях, не имеющих дежурного врача (колхозные родильные дома)

Лучшим методом обезболивания родов и в этих условиях оказался психопрофилактический. Однако при отсутствии надлежащего эффекта, а также при появлении выраженных болевых ощущений необходимо использовать некоторые средства фармакодинамического метода.

В периоде раскрытия, особенно в начале его, можно рекомендовать совершенно безвредные мероприятия: применение карандаша Кипарского или пасты Розенталя.

При возобновлении болей эти средства могут быть использованы повторно. Необходимо помнить, что пасту Розенталя можно повторно применять лишь на участках кожи, ранее не смазывавшихся ею (во избежание раздражения и легких ожогов кожи).

При сильных схватках и хорошо вставляющейся головке, если указанные выше средства уже не дают болеутоляющего эффекта, можно иногда с успехом применять свечу Скробанского. Антипирин в этой свече можно без ущерба заменить аспирином или фенацетином.

В конце периода раскрытия или в начале периода изгнания можно применять «ликер» следующего состава:

Rp. Papaverini

Extr. Belladonnae aa 0,02

Spiritus Vini rectificati 15,0

Sir. simplicis ad 20,0

MDS. Однократная доза

Папаверин содержится в опии. Он обладает свойством подавлять возбудимость чувствительной сферы, занимая в этом отношении среднее место между морфином и кодеином. Этот «ликер» совершенно безвреден, не отражается на интенсивности родовой деятельности и никогда не обуславливает возникновения асфиксии плода или других осложнений.

Обезболивание родов в родильных учреждениях, обеспеченных быстрой явкой врача

В случае неудачи психопрофилактического метода или при получении недостаточного эффекта в целях достижения лучших результатов обезболивания желательно в начале периода раскрытия применять пасту Розенталя или карандаш Кипарского.

В середине периода раскрытия при интенсивных и регулярных схватках назначается свеча Скробанского или, по указанию врача, инъекция 3 мл 3% раствора лидола и 0,5 мл 1% раствора текодина (набирают в один шприц и вводят подкожно).

В периоде изгнания производится аналгезия перемежающимся эфирным наркозом (по указанию врача).

Примечание. При отсутствии лидола и текодина, по указанию врача, допустима внутримышечная инъекция пантопона — 1 мл 2% раствора (или 1 мл 1% раствора морфина) с 4 мл 25% раствора сернокислого магния; вводятся они внутримышечно в верхне-наружный квадрант ягодичной области.

Показания и противопоказания к применению медикаментозных средств для обезболивания родов

Обезболивание родов у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Каждая больная сердечно-сосудистыми заболеваниями нуждается в обезболивании родов больше, чем здоровая (Б. А. Егоров). Поэтому в ряде случаев у женщин с

разнообразными заболеваниями сердца, когда состояние здоровья рожениц допускало консервативное ведение родов, мы, учитывая общее состояние роженицы и ее сердечно-сосудистой системы, с успехом использовали некоторые родообезболивающие средства: морфин с серноокислым магнием, лидол, лидол с текодином.

При гипотонии не рекомендуется применять морфин.

При миокардиодистрофии и лабильности вазомоторов считается нежелательным использование антипирина и других жаропонижающих средств.

У рожениц, страдающих нефропатией, применение некоторых средств фармакодинамического метода является крайне желательным, так как, например, использование серноокислого магния или паральдегида из-за диуретического влияния является одновременно и лечебным мероприятием. Целесообразно при этом применять также глюкозу и аскорбиновую кислоту.

Применение стрептоцида с текодином часто обеспечивает наступление значительного болеутоляющего эффекта (более длительного, чем при применении одного текодина). Эта комбинация медикаментозных средств особенно рациональна для обезболивания родов у рожениц с повышенной температурой. Возможное некоторое угнетение родовой деятельности от стрептоцида с успехом предупреждается назначением прозерина.

Что касается вопроса о противопоказаниях к обезболиванию родов фармакодинамическим методом, то на основании практического опыта мы пришли к заключению, что обезболивание не должно производиться при первичной и вторичной слабости схваток, а также у тех женщин, у которых эти осложнения родового акта наблюдались при предыдущих родах. Не следует прибегать к применению средств фармакодинамического метода и после успешной ликвидации слабости родовой деятельности во избежание рецидива этого осложнения. Допустимым лишь можно считать использование перемежающегося эфирного наркоза при врезывании и прорезывании головки. Следует воздерживаться от обезболивания родов и у тех женщин, у которых при предыдущих родах отмечались последовые и послеродовые кровотечения гипотонического характера.

Нельзя применять обезболивание родов и при узком тазе, неблагоприятном вставлении подлежащей части плода. Ошибкой следует считать обезболивание родов при предлежании плаценты.

Не рекомендуется назначать болеутоляющие средства при ухудшении сердцебиения плода, при рождении мертвых детей по неизвестным причинам в предыдущие роды, а также при наличии заболеваний внутренних органов роженицы, не допускающих применения тех или других средств фармакодинамического метода.

При преждевременных родах, особенно в случаях значительной недоношенности, мы обычно избегаем применять наркотические и снотворные средства и особенно морфинные препараты.

Следует подчеркнуть еще раз преимущества психопрофилактического метода обезболивания родов, не имеющего противопоказаний для применения.

Оценка эффективности обезболивания родов

Несмотря на многочисленные попытки разработки объективных методов оценки интенсивности родовой боли и, следовательно, оценки достигнутого эффекта болеутоления, в настоящее время мы еще не имеем ни одного такого метода, который можно было бы рекомендовать для широкого применения.

В работах К. М. Быкова, А. А. Рогова, А. Т. Пшоник были описаны сосудистые реакции у людей на незначительное болевое и тепловое раздражение. Как выяснилось в результате недавних исследований (А. П. Николаев, И. Н. Желоховцева), в родах схватка, сопровождающаяся ощущением боли, вызывает реакцию со стороны кровеносных сосудов в виде изменения их тонуса и кровенаполнения. В связи с этим А. П. Николаевым было предложено использовать для учета интенсивности родовой боли метод плетизмографии. Метод имеет большое научное значение. Он особенно ценен при применении новых обезболивающих средств, давая возможность выявить степень их эффективности. Однако для целей учета интенсивности родовой боли и для оценки достигнутого боле-

утоляющего действия в широких масштабах этот метод неприменим.

Для практических целей рекомендуется пользоваться как при применении психопрофилактического метода, так и при использовании средств фармакодинамического метода комплексной оценкой результатов обезболивания родов, указанной на стр. 142. Она более точно отражает степень достигнутого обезболивания в отдельные фазы родового акта и неизменно побуждает врача к более объективной оценке всех элементов, определяющих собой успех обезболивания с учетом особенностей течения родов.

* * *

На основании нашего многолетнего опыта широкого использования обезболивающих средств в родах можно утверждать, что при соблюдении ряда условий указанные средства, несмотря на ряд недочетов, безусловно, безвредны как для матери, так и для ребенка и сравнительно эффективны. Вместе с тем опыт многих авторов позволяет считать, что метод психопрофилактики родовой боли имеет преимущества перед всеми другими методами: он физиологичен, эффективен и безвреден для матери и ребенка. Именно поэтому психопрофилактический метод обезболивания родов стал в нашей стране методом широкого применения в родильных учреждениях как города, так и села.

Однако на сегодняшний день еще нельзя отказаться от фармакодинамического метода обезболивания родов. Это касается наиболее эффективных и вместе с тем безвредных средств и их сочетаний, дающих возможность, наряду с болеутоляющим эффектом, добиться также ускорения родов.

П Р И Л О Ж Е Н И Е

ВРЕМЕННАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕТОДИКЕ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ БОЛЕЙ В РОДАХ¹

1. Введение

Система психопрофилактики болей в родах построена на основе применения принципа и закономерностей учения И. П. Павлова.

Исходным положением при построении этой системы является признание необязательности родовой боли и ненужности ее для правильного течения родового акта.

В противовес прежним представлениям о ведущей роли зрительного бугра как высшего центра формирования боли, в основу системы положено признание решающего значения коры головного мозга.

Та или другая «настроенность» коры, соотношение процессов возбуждения и торможения, подчинение законам положительной и отрицательной индукции, концентрация и иррадиация возбудительных и тормозных процессов являются важнейшими факторами, определяющими развитие болевого компонента в родах или его отсутствие.

В формировании родовых болей при нормальных неосложненных родах большое значение придается отрицательным эмоциям, внедряемым окружающей средой в сознание женщины на всем протяжении ее жизни. Отсюда происходит столь часто наблюдаемое состояние тревоги и страха предстоящих болей.

Система психопрофилактики болей в родах является комплексной.

В этой системе придается большое значение правильному акушерскому ведению родов, предохраняющему от осложнений и отклонений, могущих вызвать боль.

Основой психопрофилактической системы является дородовая подготовка женщины и правильное ведение родов. Важнейшим моментом дородовой подготовки является мероприятие по борьбе со страхом и отрицательными эмоциями и ознакомление женщины с течением нормальных родов как физиологического естественного акта, при котором опасности и страдания не являются неизбежными.

¹ Приложение 1 к приказу министра здравоохранения СССР № 142 от 13/II 1951 г.

Подготовка женщины к предстоящим родам, ознакомление с течением родового акта исключает для нее возможность испуга, благоприятствует эмоциональному покою, делает ее поведение сознательным и уравновешенным.

Важнейшей и решающей частью всей подготовки является обучение беременной женщины системе последовательно применяемых во время родов приемов, целесообразных с акушерской точки зрения и мобилизующих кору головного мозга.

Внедрение метода психопрофилактики боли в родах требует от медицинского персонала освоения теоретических основ учения И. П. Павлова и применения его на практике. Этот метод требует учебной и воспитательной работы с персоналом и повышает общую и акушерскую культуру персонала родильных домов.

II. Организация и методика психопрофилактической подготовки беременных в консультации

1. Метод психопрофилактики болей в родах представляет собой единую систему. Часть мероприятий этой системы осуществляется в консультации, другая часть — в родильном стационаре. При этом в работе женской консультации особое значение приобретают формы активной профилактики (активное врачебное наблюдение беременной, патронаж, социально-правовая помощь, развернутая санитарно-просветительная работа).

Санитарно-просветительная работа проводится в двух направлениях: а) привлечение беременных к психопрофилактической подготовке; б) популяризация среди населения нового отношения к родам и к психопрофилактике болей в родах на основах учения И. П. Павлова.

2. Осуществление метода психопрофилактики болей в родах начинается в женской консультации путем предварительной дородовой индивидуальной и групповой подготовки беременных.

Подготовка проводится или специально выделенным врачом (в особом кабинете), или участковым врачом (в его кабинете).

При выделении отдельного кабинета желательно оборудовать его несколькими мягкими кушетками и обеспечить тишину. Кабинет должен иметь обычное оборудование, необходимое для работы врача в женской консультации, и комплект наглядных пособий для занятий с беременными.

3. Метод психопрофилактики болей в родах может быть применен при всякой нормально протекающей беременности. Наличие тазовых предлежаний, сердечно-сосудистых заболеваний, токсикозов беременности не служит противопоказанием. Истерия, психастения, эмоциональная лабильность также не служат противопоказанием к применению метода, так как психопрофилактическая подготовка создает эмоциональную устойчивость, необходимую для указанной группы беременных.

Для беременных, страдающих истерией, психастенией и психопатией, показано индивидуальное проведение психопрофилактической подготовки. При тяжелых психических заболеваниях метод психопрофилактики болей не проводится.

4. В условиях села и колхозных родильных домов подготовку и ведение родов проводят акушерки, предварительно обученные этому методу.

В условиях района и села в некоторых случаях психопрофилактическая подготовка может быть проведена на дому (например, в период распутицы).

5. Психопрофилактическая подготовка беременных в консультации начинается с 36-й недели беременности. Схема предусматривает 5—6 занятий, проводимых через каждые 3—4 дня. Однако при необходимости подготовка может быть сокращена и до 3 занятий.

Каждое занятие состоит из трех частей:

а) первая часть включает общесоматический и акушерский осмотр каждой беременной женщины и соответствующее назначение и наставление;

б) вторая часть состоит из объяснения процесса родов и «приемов обезболивания» по этапам родов. Эта часть подготовки беременных осуществляется при помощи педагогических приемов с учетом доступности материала по форме изложения для слушательниц, с использованием наглядных пособий и с применением практических занятий.

Женщина должна осмыслить преподаваемые ей материалы; в) в третьей части многократным повторением в состоянии покоя — отдыха закрепляются «приемы обезболивания».

6. Первое занятие проводится индивидуально и посвящается клиническому обследованию беременной (общесоматическому, акушерскому) и собиранию некоторых психоанамнестических данных. Проводится снятие страхов и опасения. При обследовании надо обратить внимание на возраст, образование, профессию, жизненный опыт беременной; установить наличие психических травм, если таковые имели место; вскрыть содержание опасений, а возможно и страхов, которые могут иметь место в связи с ожидаемыми родами; выяснить не только содержание этих опасений, но их источник и интенсивность.

Снятие страхов проводится для устранения возможности возникновения отрицательных эмоций и влияния их на силу болевых реакций. Устранить эмоции негативного тона и создать позитивные эмоции — является существенной задачей всей системы психопрофилактики болей в родах.

Для снятия выявленных опасений и страхов надлежит пользоваться различными формами доказательного опровержения.

7. Второе занятие рекомендуется проводить, как и все последующие, в порядке групповых занятий. Оно посвящается описанию родов как нормального физиологического акта. Разрушаются представления об обязательной его болезненности, опровергаются основные житейские представления о причинах родовых болей.

8. Третье и четвертое занятие проводится по первому периоду родов.

В этом занятии объясняются субъективные ощущения рожавшей женщины; дается представление о схватках и их регулярности, о снегиревских зонах как о кожных метамерах внутренних органов; преподается механизм раскрытия, как механизм бережный и не вызывающий боли, и объясняются «приемы обезболивания» схваток.

Эти приемы заключаются в следующем:

1) глубокие, ритмичные вдохи и выдохи на протяжении каждой схватки;

2) легкое поглаживание (почти прикосновение) нижней половины живота в сочетании с вдохом и выдохом. Поглаживание осуществляется концами пальцев обеих рук. Оно производится от средней линии живота кнаружи и в стороны в виде физкультурного комплекса, сочетания движения рук с ритмичным дыханием;

3) прижатие следующих точек: а) спереди у передне-верхних подвздошных остей; б) сзади у наружных углов поясничного ромба. При прижатии точек у передних остей ладони располагаются вдоль бедер, прижатие же совершается концами отставленных больших пальцев с легкой вибрацией их.

Прижатие точек у наружных углов поясничного ромба совершается либо подкладыванием кистей рук роженицы, сжатых в кулаки, либо подкладыванием валика.

Приемы должны выполняться тщательно и старательно.

9. Пятое занятие проводится по второму периоду родов.

В педагогической части объясняются субъективные ощущения, которые имеют место в начале 2-го периода родов и при развитии потужной деятельности. Дается объяснение значения правильных потуг в успехе проведения второго периода.

В качестве приемов обезболивания в этом периоде используется рациональная поза роженицы и правильное выполнение потужного напряжения.

Для обезболивания опосредствуется правильная поза с поднятым плечевым поясом, твердо и правильно поставленными нижними конечностями и фиксированными руками.

Для обезболивания опосредствуется само потужное напряжение, которое рекомендуется совершать в три приема. Беременная тренируется на задержку дыхания на протяжении примерно 20 секунд и на смыкание голосовой щели при развитии потуги.

К моменту выведения головки опосредствуется для обезболивания свободное дыхание со счетом на выдохе и расслаблением мышц верхних конечностей.

10. Шестое занятие является заключительным. Беременная женщина, готовящаяся к родам, получает положительную эмоциональную установку, содержанием которой является «радость материнства». Материнство освещается как высокая и почетная гражданская задача женщины. Установленные правительственные награды за материнство и другие меры государственной заботы о женщине-матери неопровержимо доказывают эту мысль. Материнство освещается как большое событие в личной жизни, обогащающейся новым, радостным и прекрасным содержанием.

В этом занятии дается положительная установка на родильный дом с изложением порядка приема. Беременная получает сведения об ожидающих ее манипуляциях, проводимых при приеме. Указывается на необходимость доброжелательного контакта ее со всем медицинским персоналом; необходимость нормального питания; опорожнения мочевого пузыря и прямой кишки. Беременная осведомляется о возможных дополнительных лечебно-диагностических мероприятиях (внутреннее исследование, ингаляция кислорода, вливание глюкозы и т. д.).

11. При наличии общемедицинской и психогигиенической культуры в родильном доме, при правильной постановке метода психопрофилактики болей в родах, при поступлении беременных и рожениц, не охваченных предварительной подготовкой, последняя проводится в самом родильном доме. Для этого необходимо:

а) установить контакт с роженицей в процессе обследования;
б) вскрыть опасения и страхи и устранить их рациональной беседой;

в) обучить поведению в родах, использовав все наличные возможности, в том числе демонстрацию поведения в родах женщин, прошедших подготовку, общение с успешно родившими, «передача опыта» уже подготовленной роженицей вновь поступившей и неподготовленной.

12. Основные ошибки подготовки по методу психопрофилактики болей в родах могут быть сведены в такие группы:

а) недостаточно глубокое изучение анамнеза;

б) неправильные общие установки на характер ощущений в родах;

в) недостаточная и неправильная подготовка;

г) отсутствие должной психогигиенической культуры подготавливающего персонала.

III. Организация и методика психопрофилактики родовых болей в стационаре родильного дома

1. Для проведения метода психопрофилактики болей в родах необходимо ознакомление всех групп персонала с основными закономерностями учения И. П. Павлова, с психопрофилактическим методом, с пониманием родовых болей в свете учения И. П. Павлова. После ознакомления врачей с методом проводится обучение среднего персонала (акушеров родильного зала, послеродовых палат и сестер комнат новорожденных). Обучение проводится по программе, рассчитанной на 5 занятий. Занятия с младшим медицинским персоналом охватывают обязательно весь штат санитарок (санитарок пропускника, родовой комнаты, послеродовых палат, палат новорожденных). Обучение проводится по программе, рассчитанной на 3 занятия.

2. Организационными мероприятиями обеспечивается создание должной обстановки в родильном отделении, что достигается наличием тишины и порядка, образцовым поведением персонала на психогигиенических основах, отсутствием посторонних разговоров, правильной сдачей дежурств и т. п. При этом необходимо создать органическую преемственность в работе кабинета подготовки (консультации) и родильного отделения на основах единства методики подготовки и методики ведения родов.

3. Работа по психопрофилактике болей в родах начинается с момента поступления роженицы в отделение и продолжается все время до окончания родов.

В смотровой следует обратить внимание на то, как реагирует роженица на начало родов, спокойна ли она, нет ли отрицательного влияния на нее со стороны сопровождавших лиц. Это устранивается в разъяснительной беседе.

Принимающий врач (акушерка) после акушерского осмотра напоминает, что при нормальных родах нет оснований для беспо-

койства роженицы. Тут же роженице задается вопрос о пройденной подготовке и подтверждается ее целесообразность и эффективность.

На основе объективных данных устанавливается диагноз и этап родового акта (начало периода раскрытия, кульминация раскрытия и т. д.).

4. В родильных домах желательна выделение отдельной предродовой палаты для беременных, подготовляемых или подготовленных по психопрофилактическому методу. В родильных домах, где это невозможно, следует избегать помещения подготовленных рожениц в одной предродовой палате с очень беспокойно рожаящими женщинами, а тем более с роженицами при патологически протекающих родах, учитывая возможность отрицательной индукции со стороны последних.

5. Врач рекомендует применение приемов в соответствии с установленным этапом родового акта. В начальном периоде раскрытия роженице рекомендуется только использовать правильное дыхание.

В кульминационной фазе периода раскрытия, когда частота и продолжительность схваток нарастает и интервалы между схватками достигают 3—4 минуты, рекомендуется применять поглаживание кожи нижней половины живота, сочетая это со вдохами и выдохами. В случаях, когда раскрытие затягивается, необходимо усилить использование приемов, начать чередование приема «поглаживания» с третьим приемом — «прижатие точек обезболивания».

За правильным применением всех «приемов» наблюдает акушерка или врач, периодически подкрепляя их одобрением, усиливая их при необходимости и следя за точностью их выполнения. Врач указывает роженице на то, чтобы она выполняла все приемы без суетливости и напряжения, следит за тем, чтобы «приемы» не были исчерпаны преждевременно.

В случае затяжного течения родов, кроме приведенных выше психопрофилактических мероприятий, может быть использован психотерапевтический метод косвенного внушения, для чего применяемые обычно в этих случаях вливания глюкозы и ингаляции кислорода опосредствуются как обезболивающие средства.

Врач записывает в историю родов характер схваток, высоту стояния головки, сердцебиение плода, поведение и жалобы роженицы.

6. Следя за течением родов, врач своевременно дает разрешение вырабатывать потуги. Необходимо организовать поведение роженицы в соответствии с подготовкой.

В момент выведения головки снова оживляются воспитанные при подготовке приемы для этого момента.

7. Влагалищное исследование, осмотр в зеркалах или другие манипуляции проводятся с предварительным осведомлением роженицы о том, что это одна из обычных манипуляций в родах.

8. В случае появления беспокойства или жалобы на боли следует приступить к анализу причин этого беспокойства на основании подробного обследования роженицы. Часто причинами болей могут быть: задержка вскрытия плодного пузыря при полном раскрытии шейки, ригидность шейки матки, особенно наружного зева, ущемление губы шейки и некоторые другие отклонения от нормального течения родового акта. Своевременное устранение

этих явлений, как правило, может устранить болевые реакции роженицы. Пассивное ведение родов или неточность диагностики ведет к удлинению родов и к истощению воспитанных «приемов» обезболивания.

9. По окончании родов врач, проводивший роды, должен дать оценку успеха обезболивания. Эта оценка основывается на объективно наблюдаемых признаках поведения роженицы (двигательные реакции, мимика, крики) и на оценке субъективных ощущений в родах самой роженицей по ее личным заявлениям.

Рекомендуется нижеприлагаемый метод комплексной оценки психопрофилактики болей в родах.

IV. Наставления по комплексной оценке результатов применения метода психопрофилактики болей в родах

Существующая для медикаментозного обезболивания оценка (крестами) при методе психопрофилактики болей в родах недостаточна. Для этого рекомендуется комплексная оценка. Она выводится на основе оценок успеха обезболивания в отдельных периодах родового акта. Первый период, ввиду его продолжительности, следует оценивать отдельно по двум этапам: этап до раскрытия шейки матки на 3—3½ поперечных пальца и этап кульминации раскрытия от 3—3½ поперечных пальца до начала изгнания.

Таким образом, успех обезболивания родов складывается из трех оценок:

1) для начала первого периода раскрытия (от начала родовой деятельности до раскрытия в 3—3½ поперечных пальца), обозначаемого кратко «РН» (раскрытие—начало);

2) для конца раскрытия (от раскрытия в 3—3½ поперечных пальца до начала изгнания), обозначаемого «РК» (раскрытие—кульминация);

3) для всего периода изгнания, обозначаемого «И» (изгнание).

Перед обозначением этапа родов проставляется количество часов его течения; например, «8 час. 30 мин. РН» (8 часов 30 минут занял этап от начала родовой деятельности до раскрытия на 3—3½ поперечных пальца); «4 часа РК» (4 часа длилось раскрытие от 3—3½ поперечных пальца до начала изгнания); «2 часа И» (2 часа длилось изгнание) и т. д.

Для каждого этапа отмечается течение родового акта, обозначаемое, как «Т».

Течение родового акта отмечается при полной норме, как «ТН» (течение нормальное), при отклонениях и осложнениях,—как «ТО» (течение осложненное).

Обозначив время длительности данного этапа и течение родового акта, проставляют оценки эффективности обезболивания для данного этапа по двум признакам:

1) поведение роженицы в данном этапе родов, как оно видно персоналу, т. е. ее двигательное беспокойство, мимика, стоны, крики и т. д. Оно обозначается буквой «П» (поведение);

2) жалобы на боли, как они выражаются самой роженицей («очень больно», «немного больно», «тяжело» и т. д.). Это обозначается буквой «Ж» (жалобы).

При буквах, обозначающих поведение («П») и жалобы на боли («Ж») проставляется оценочный балл по пятибалльной системе.

Общая запись оценки данного этапа выглядит так:

Пример: $8,5 \text{ РН} \frac{\text{ТН}}{\text{П}_5 \text{Ж}_5}$.

Это значит: 8 час. 30 мин. длился период раскрытия до 3—3 $\frac{1}{2}$ поперечных пальца. Этот период имел нормальное неосложненное течение (ТН). Роженица вела себя совершенно спокойно (П₅) и не жаловалась на боли (Ж₅).

Пример: $4 \text{ РК} \frac{\text{ТО}}{\text{П}_4 \text{Ж}_3}$.

Это значит: 4 часа длилось раскрытие от 3 $\frac{1}{2}$ поперечных пальца до начала потуг, течение осложненное (ТО), поведение напряженное (П₄), жалобы на значительные, но терпимые боли (Ж₃).

Пример: $2 \text{ И} \frac{\text{ТН}}{\text{П}_5 \text{Ж}_5}$.

Это значит: период изгнания длился 2 часа, течение родов в этом периоде нормально (ТН), поведение активное, свободное, общительное (П₅), жалоб на боли нет (Ж₅).

Оценки поведения по пятибалльной системе представляются так:

П₅ — если роженица активна, общительна, живо и легко осуществляет приемы обезболивания, не имеет никаких проявлений двигательного и мимического беспокойства, кроме «рабочего напряжения», и даже склонна к репликам, шутке и т. п.;

П₄ — если роженица не обнаруживает значительного двигательного и мимического беспокойства, но сосредоточена на исполнении приемов, стремится не отвлекаться от них, как бы привязана к ним. Появление беспокойства легко устраняется при выполнении «приемов обезболивания». Указанный успех имеет место после первых же напоминаний персонала о действенности приемов, которым она была своевременно обучена;

П₃ — если роженица проявляет моторное и мимическое беспокойство, особенно беспокойна как только персонал отходит от нее. Беспокойство ликвидируется повторными мероприятиями персонала: настойчивым повторением обычных приемов, показом модифицированных приемов, применением косвенного внушения или акушерских мероприятий, которые устраняют осложнения в течение родового акта.

Во времени подобные беспокойства для оценки «3» не должны составлять в сумме по всем периодам родов время больше 2—3 часов;

П₂ — если роженица проявляет двигательное и мимическое беспокойство, как при обычных необезболенных родах, теряет самообладание и не «выправляется» вмешательством и помощью персонала в течение большей части родов;

П₁ — если поведение роженицы истероидное, повышено беспокойное с неистовыми криками, при полном отсутствии контакта с персоналом, полным отказом от исполнения «приемов обезболивания» и даже отрицательными реакциями на них.

Оценка жалоб на боли обозначается так:

Ж₅ — нет никаких субъективных жалоб на боли.

Ж₄ — нет субъективных жалоб на боли, но имеются (при расспросах) указания на то, что временами чувство давления и сжатия

при схватках было неприятным и беспокоящим, однако вполне преодолимым.

Имелись очень краткосрочные, беспокоящие явления, снимаемые исполнением «приемов».

Ж₃ — периодами возникали жалобы на наличие незначительных болей или болей «вполне терпимых» или значительных болей, которые уменьшались при самостоятельном исполнении «приемов», особенно при напоминании персоналом и при активной его помощи, а проявление болей в родах в целом суммарно составляло 2—3 часа.

Ж₂ — обычные жалобы, как при необезболенных родах, неуспокаиваемые приемами обезболивания.

Ж₁ — повышенные, истерического типа жалобы на всем протяжении при полном игнорировании и отказе от «приемов обезболивания».

Указанным способом записывается комплексное обозначение успеха обезболивания родов в целом.

$$\text{Пример: } 7 \text{ РН } \frac{\text{ТН}}{\text{П}_5\text{Ж}_5}; 3 \text{ РК } \frac{\text{ТН}}{\text{П}_5\text{Ж}_5}; 2 \text{ И } \frac{\text{ТН}}{\text{П}_5\text{Ж}_5} = 5.$$

Итоговая оценка является не только среднеарифметическим расчетом, а выводится с учетом всех обозначенных элементов. При этом на итоговую оценку оказывают влияние следующие обстоятельства:

а) чем длительнее был этап с наиболее низкой оценкой, тем ниже итоговая (среднеарифметическая) оценка, приближаясь к оценке наиболее низко оцененного этапа;

б) чем более осложненное было течение родового акта («Т»), тем выше итоговая оценка, приближаясь к оценке этапа, имеющего наиболее высокую оценку.

$$\text{Пример: } 7 \text{ РН } \frac{\text{ТН}}{\text{П}_5\text{Ж}_5}; 4,5 \text{ РК } \frac{\text{ТН}}{\text{П}_2\text{Ж}_2}; 1,5 \text{ И } \frac{\text{ТН}}{\text{П}_4\text{Ж}_3} = 2.$$

$$8 \text{ РН } \frac{\text{ТО}}{\text{П}_4\text{Ж}_4}; 3 \text{ РК } \frac{\text{ТО}}{\text{П}_3\text{Ж}_3}; 2 \text{ И } \frac{\text{ТИ}}{\text{П}_4\text{Ж}_4} = 4.$$

Такая система оценки не лишена субъективности, однако оценка по этапам побуждает врача осмыслить все элементы, определяющие течение родового акта в их соотношении с успехом обезболивания. Оценка «объективных» и «субъективных» болевых признаков дает более точные итоги, особенно если они учитывались в динамике записями в истории родов и нашли свое отражение в приведенной комплексной формуле оценки результатов обезболивания родов.

Главный акушер-гинеколог
Министерства здравоохранения СССР
проф. П. Белошапко

ЛИТЕРАТУРА

- Абрамович И. А. и Фой А. М., Обезболивание родов в начале периода раскрытия, Казанский медицинский журнал, 1937, № 5, стр. 610—616.
- Агабеков Г. и Багирбекова К. Х., Обезболивание родов эфирно-масляной инъекцией по методу проф. Топчибаева. В кн.: Инъекционный эфирно-масляный наркоз, Баку, 1942, сб. 3, стр. 64—71.
- Айзенберг М. Ф., Обезболивание родов так называемым комбинированным методом, Акушерство и гинекология, 1940, № 3—4, стр. 58—60.
- Айзикович Г. А., Организация массового обезболивания. В кн.: Обезболивание родов, Свердловск, 1935, стр. 37—40.
- Альтгаузен Н. Ф., Об изучении влияния обезболивания родов на новорожденных детей, Акушерство и гинекология, 1937, № 4, стр. 71—75.
- Амфитеатров Г. П., Обезболивание родов гипнозом, Акушерство и гинекология, 1937, № 12, стр. 17—23.
- Ананьев Я. М., Обезболивание родов по методу проф. Кипарского, Советский врачебный журнал, 1941, № 6, стр. 425—428.
- Андреева З. А., Опыты изучения чувствительности во время родов, как основа для обезболивания родов, Акушерство и гинекология, 1937, № 5, стр. 29—45.
- Андреева З. А., Пути к разработке метода местной анестезии при обезболивании родов, Акушерство и гинекология, 1936, № 3, стр. 86—91.
- Андреева З. А., Изменения болевой чувствительности кожи и роль при них симпатической нервной системы в процессе беременности и родов, М., 1949, 166 стр.
- Анестезия при нормальных родах, Московская медицинская газета, 1870, № 34, стр. 282—289.
- Ануфриева А. А., Блокирование тазовых болей у женщин внутривенной инъекцией малых доз новокаина в зонах Head'a, Журнал акушерства и женских болезней, 1935, т. XLVI, № 6, стр. 422—426.
- Аронсон Я. С., Результаты применения скополамин-морфинного наркоза. Сборник научных трудов Ленинградского общества акушеров и гинекологов, 1938, т. I, стр. 33—41.
- Аронсон Я. С., Влияние некоторых медикаментозных веществ, применяемых при обезболивании родов, на сократительную способность матки, Сборник научных трудов Центрального научно-исследовательского акушерско-гинекологического института, Л., 1939, т. V, стр. 141—155.

- Архангельский П. И., Смазывание живста хлороформной мазью, как замена хлороформа во время родов, Журнал акушерства и женских болезней, 1897, т. XI, № 3, стр. 358—361.
- Асратян Э. А., Учение И. П. Павлова о сне и его целебной роли, М., 1950, 32 стр.
- Астахов С. Н. и Бескровная Н. И., Наш опыт применения обезболивания в родах методом словесного воздействия на беременную и роженицу. В кн.: Обезболивание в родах, Труды конференции в г. Ленинграде 29—31 января 1951 г., М., 1952, стр. 48—54.
- Астринский С. Д., Обезболивание родов закисью азота, Советская медицина, 1940, № 7, стр. 38—40.
- Астринский С. Д., Травматизм родовых путей при обезболивании родов, Советская медицина, 1940, № 12, стр. 16—18.
- Ахметьев С. Х., К вопросу об обезболивании родов. В кн.: Труды II Закавказского съезда акушеров и гинекологов, Ереван, 1937, стр. 450—454.
- Бабаев М. Х., Обезболивание родов по материалам акушерского отделения, Тезисы к докладам на II Закавказском съезде акушеров и гинекологов, Ереван, 1936, стр. 84—85.
- Бабенков М. П., Скополамин-пантопонный полунаркоз при обезболивании родов, Акушерство и гинекология, 1936, № 9, стр. 1056—1059.
- Бакиева Р. Г., О влиянии некоторых родообезболивающих средств на внутренние органы матери и плода в эксперименте. В кн.: Труды Казанского государственного института усовершенствования врачей, Казань, 1947, т. IX, стр. 151—152.
- Бакиева Р. Г., Влияние некоторых родообезболивающих средств на внутренние органы матери и плода в эксперименте. В кн.: Труды Казанского государственного института усовершенствования врачей, Казань, 1948, т. XI, стр. 232—248.
- Бакиева Р. Г., К вопросу о влиянии некоторых родообезболивающих средств на внутренние органы самки и плода экспериментальных животных, Акушерство и гинекология, 1948, № 5 стр. 51—51.
- Барутчев С. К., Обезболивание родов. В кн.: Труды II Закавказского съезда акушеров и гинекологов, Ереван, 1937, стр. 423—427.
- Барченко И. Д., Обезболивание нормальных родов новокаином (назо-генитальные пункты, зоны Геда, интеркостальная анестезия и анестезия п. pudendi), Акушерство и гинекология, 1940, 10, стр. 35—38.
- Бечук Л. С., Клинические наблюдения по обезболиванию нормальных родов. В кн.: Труды Ростовского медицинского института, Ростов-на-Дону, 1940, т. 7, стр. 291—299.
- Бечук Л. С., Влияние различных обезболивающих (фармакологических) веществ на сократительную деятельность изолированного рога беременной матки белой мыши. В кн.: Вопросы акушерства и гинекологии, Ростов-на-Дону, 1939, стр. 28—41.

- Б е б ч у к Л. С., Обезболивание нормальных родов в бывшем Азово-Черноморском крае. В кн.: Вопросы акушерства и гинекологии, Ростов-на-Дону, 1939, стр. 42—52.
- Б е б ч у к Л. С., Дальнейшие наблюдения за обезболиванием нормальных родов по Ростовской области. В кн.: Вопросы акушерства и гинекологии, Ростов-на-Дону, стр. 53—59.
- Б е к е р м а н И. Я., Новые данные о питуитрине, Акушерство и гинекология, 1948, № 1, стр. 13—17.
- Б е к к е р С. М., Анатомо-физиологические предпосылки к обезболиванию родов, Сборник научных трудов Центрального научно-исследовательского акушерско-гинекологического института, Л., 1939, т. V, стр. 11—79.
- Б е к к е р С. М., Обезболивание родов карандашом проф. Кипарского, Сборник научных трудов Центрального научно-исследовательского акушерско-гинекологического института, Л., 1940, т. VI, стр. 229—232.
- Б е к к е р С. М. и Т у м а н о в а Е. С., Обезболивание нормальных родов гексеналом, Сборник научных трудов Центрального научно-исследовательского акушерско-гинекологического института, Л., 1940, т. VI, стр. 91—98.
- Б е л и ц О. Ф., Обезболивание родов сухими банками на зоны Гада, Акушерство и гинекология, 1939, № 9, стр. 29—30.
- Б е л о ш а п к о П. А., Опыт применения перноктона для обезболивания родов, Акушерство и гинекология, 1936, № 11, стр. 1297—1303.
- Б е л о ш а п к о П. А., 1000 случаев обезболивания родов. Сборник научных трудов Всероссийского научного общества акушеров и гинекологов, М.—Л., 1938, т. I, стр. 105—117.
- Б е л о ш а п к о П. А., Хлорэтиловый наркоз при обезболивании родов. Акушерство и гинекология, 1939, № 5, стр. 41—43.
- Б е л о ш а п к о П. А., Слабость родовой деятельности, Акушерство и гинекология, 1950, № 6, стр. 18—23.
- Б е р г Н., Об употреблении хлороформа в акушерстве, Военно-медицинский журнал, 1857, ч. 59, смесь IX, стр. 20—31.
- Б е р т е н с о н И. В., Употребление хлороформа в правильных естественных родах, Московская медицинская газета, 1858, № 20, стр. 160—163; № 23, стр. 185—188.
- Б и р е н б а у м Е. Л., Обезболивание в акушерской практике физическими методами, Акушерство и гинекология, 1937, № 8, стр. 60—63.
- Б л и з н я н с к а я А. И. и С о к о л о в с к а я Р. М., Обезболивание родов закисью азота, Акушерство и гинекология, 1939, № 6, стр. 50—52.
- Б л и н д е р А. Я., Обезболивание родов парэнтеральным введением пирамидона, Акушерство и гинекология, 1937, № 3, стр. 56—62.
- Б о г д а н о в а А. Л., 840 случаев обезболенных родов в районных больницах Свердловской области, Акушерство и гинекология, 1936, № 9, стр. 1061—1064.
- Б о г о р о в И. И., Опыт применения некоторых комбинированных способов обезболивания и ускорения родов. В кн.: Обезболивание в родах, Труды конференции в г. Ленинграде, 29—31 января 1951 г., М., 1952, стр. 116—125.

- Б о д я ж и н а В. И., Изменение стойкости эритроцитов при обезболивании родов антипириин-пантопоном, Акушерство и гинекология., 1937, № 7, стр. 44—46.
- Б о ж о в с к и й В. Г. и Т у р е в с к и й И. И., Гипноз при родах, Казанский медицинский журнал, 1927, в. 2, стр. 226—230.
- Б о л к у н о в Е. А., Дальнейшие наблюдения над обезболиванием нормальных родов антипирином-пантопоном, Акушерство и гинекология, 1937, № 8, стр. 64—69.
- Б о т к и н Я. А., Гипнотизм в гинекологии и акушерстве, М., 1897, 37 стр.
- Б р а у н ш т е й н А. Е., Боль и витамин В₁. Успехи современной биологии, 1943, в. 16, стр. 212—214.
- Б р о в к и н Д. П., Обезболивание родов (Предварительное сообщение), Советский врачебный журнал, 1936, № 8, стр. 564—569.
- Б р о в к и н Д. П., Обезболивание родов магнизиально-морфийной смесью и паральдегидом, Сборник трудов Ленинградского общества акушеров и гинекологов, М.—Л., 1938, т. 1, стр. 117—126.
- Б р у д е р В. Ф., О влиянии гексеналового наркоза на новорожденного, Сборник научных трудов Центрального научно-исследовательского акушерско-гинекологического института, Л., 1941, т. VIII, стр. 24—27.
- Б р у к Л. А., К вопросу обезболивания процесса родов, Практический врач, 1908, № 10, стр. 167—169.
- Б у б л и ч е н к о Л. И., К вопросу о влиянии обезболивания родов на заболеваемость в послеродовом периоде, Акушерство и гинекология, 1941, № 1, стр. 30—32.
- Б у к о е м с к и й Ф. В., К вопросу о влиянии хлороформирования на течение нормальных родов. В кн.: Сборник работ по акушерству и женским болезням, посвященный проф. К. Ф. Славянскому, 1894, ч. I, стр. 381.
- Б у к о е м с к и й Ф. В., Об обезболивании нормальных родов. В кн.: Дневник VI пироговского съезда общества русских врачей в Киеве, Киев, 1896, № 4, стр. 3—6.
- Б у к о е м с к и й Ф. В., К вопросу об акушерской анестезии вдыханиями эфира и хлороформа, СПб, 1895 (дисс.), 141 стр.
- Б у л ы г и н а Е. А., Обезболивание родов внутримышечным введением антипирина и пантопона, Акушерство и гинекология, 1938, № 10, стр. 63—65.
- Б у р л а к о в В. М., К вопросу о родах, проведенных с комбинированным наркозом, Практический врач, 1909, в. 19, стр. 481—493.
- Б у т о м о В. Г., Опыт применения прозерина при обезболивании в родах текодином. В кн.: Обезболивание в родах, Труды конференции в г. Ленинграде 29—31 января 1951 г., М., 1952, стр. 105—111.
- Б у х а н о в Я. Г., К вопросу о причинах наступления родов, Акушерство и гинекология, 1940, № 9, стр. 26—28.
- Б у х о в ц е в И., Наблюдения течения родов под влиянием гидрата хлорала, Военно-медицинский журнал, 1873, ч. 116, в. 2, разд. 3, стр. 110—150.

- Буховцев И., К вопросу о влиянии гидрата хлорала на сокращения матки во время родов. СПб, 1873, (дисс.), 37 стр.
- Бывальцева Г. М., Обезболивание родов по материалам акушерской клиники Ижевского медицинского института. В кн.: Труды Ижевского медицинского института, Ижевск, 1949, т. VIII, стр. 241—247.
- Быков К. М., Кора головного мозга и внутренние органы, М.—Л., 1947, 287 стр.
- Вайнштейн Г. Л., К вопросу об обезболивании родов, Журнал «Медицинская мысль Узбекистана», 1928, № 5, стр. 9—20.
- Вайсберг Р. С., Об ускоряющих методах при обезболивании родов. В кн.: Сборник научных работ Ивановского областного института охраны материнства и младенчества, Москва—Иваново, 1940, стр. 57—64.
- Васильева К. М., К вопросу об ускорении родов тимофином и гипофизиним. В кн.: Вопросы акушерства и гинекологии, Ростов-на-Дону, 1939, стр. 73—78.
- Вельвовский И. З., Опыт построения на основе учения И. П. Павлова психопрофилактического метода обезболивания в родах. В кн.: Обезболивание в родах. Труды конференции в г. Ленинграде 29—31 января 1951 г., М., 1952 стр. 41—48.
- Вельвовский И. З., Плотичер В. А. и Шугом Э. А., Психопрофилактическое обезболивание родов, Акушерство и гинекология, 1950, № 6, стр. 6—12.
- Венцковский М. К., Обезболивание родов закисью азота, Акушерство и гинекология, 1938, № 9, стр. 25—29.
- Вигдорович М. В., Коллективное внушение как метод массовой подготовки беременных к безболезненным родам. Тезисы докладов на II Украинском съезде акушеров и гинекологов, Киев, 1938, стр. 34—36.
- Викторова Е. Н., Местное обезболивание при родах. В кн.: Сборник трудов по обезболиванию родов, Днепропетровск, 1936, стр. 57—62.
- Виноградова С. П., Опыт применения обезболивания родов. В кн.: Сборник трудов по обезболиванию родов, Днепропетровск, 1936, стр. 3—12.
- Вишневецкий А. В., Местная анестезия при обезболивании родов, 1936, 28 стр.
- Волков Я. Н., 2 000 случаев обезболивания родов, Акушерство и гинекология, 1936, № 10, стр. 1189—1196.
- Вольвовская П. С., Обезболивание родов за 1936 г. в Уманской больнице, Акушерство и гинекология, 1938, № 3, стр. 97—98.
- Ворожцова Е. Д., К вопросу о поглощении наркотиков кожей, Акушерство и гинекология, 1939, № 1, стр. 93—95.
- Временная инструкция по обезболиванию родов, Бюллетень Московского областного отдела здравоохранения, 1950, в. 4, стр. 11—15.
- Гариллов К. П., Влияние обезболивания родов на новорожденных. В кн.: Обезболивание родов, Свердловск, 1935, стр. 33—37.

- Гагарин П. О., О выгодах и невыгодах употребления хлороформа при нормальных родах. В кн.: Протоколы заседаний общества русских врачей в С.-Петербурге за 1867—1868 гг., СПб, 1868, стр. 492.
- Галлактионов А. И., 2000 случаев обезболивания родов, Акушерство и гинекология, 1938, № 3, стр. 92—96.
- Гальперин С. И., Бодяжина В. И., Немоловская Т. В., Решетникова-Сорокина Н. И., 644 случая обезболивания родов, Акушерство и гинекология, 1937, № 2, стр. 46—51.
- Гамбаров Г. Г., К вопросу об обезболивании родов, труды II Закавказского съезда акушеров и гинекологов, Ереван, 1937, стр. 430—439.
- Гамбашидзе С. К., Применение местной анестезии при родах, Акушерство и гинекология, 1937, № 2, стр. 40—42.
- Гармашева Н. Л., Изменение моторной хронаксии у кроликов при действии гексенала, Сборник научных трудов Центрального научно-исследовательского акушерско-гинекологического института, Л., 1940, т. VI, стр. 117—120.
- Гармашева Н. Л., Роды в длительном сне (Экспериментальное исследование), Сборник научных трудов Центрального научно-исследовательского акушерско-гинекологического института. Л., 1941, т. VIII, стр. 21—23.
- Гармашева Н. Л., Физиологические предпосылки к обезболиванию в родах. В кн.: Обезболивание в родах, Труды конференции в г. Ленинграде 29—31 января 1951 г., М., 1952, стр. 19—29.
- Гартман К., Некоторые наблюдения над употреблением хлороформа в акушерстве, Друг здравия, 1851, № 34, стр. 147—148; № 35, стр. 153—156.
- Гентер Г. Г., Обезболивание родов, Советский врачебный журнал, 1936, № 7, стр. 483—496.
- Георгиевский А. К., К вопросу о применении гипнотического внушения для обезболивания родов, Известия Нижегородского университета, 1930, в. 4, стр. 249—264.
- Геренштейн Г. Б., Гипноз в акушерстве и гинекологии, Журнал акушерства и женских болезней, 1924, т. XXXV, № 3—4, стр. 235—240.
- Геренштейн Г. Б., Психотерапия в акушерстве и гинекологии, Журнал акушерства и женских болезней, 1925, т. XXXVI, кн. 6, стр. 671—678.
- Гигенейшвили-Нанейшвили К. М., Графическая запись сокращений до и после обезболивания родов. В кн.: Тезисы к докладам на II Закавказском съезде акушеров и гинекологов, Ереван, 1936, стр. 70—71.
- Гиллерсон А. Б., Обезболивание родов путем ионофореза новокаина, Акушерство и гинекология, 1939, в. 9, стр. 33—35.
- Гимпельсон Д. И., Внутривенное введение лекарств как наиболее эффективный метод обезболивания родов. В кн.: Труды II Закавказского съезда акушеров и гинекологов, Ереван, 1937, стр. 467—471.
- Гинзбург М., Хлороформирование в нормальных родах, Московская медицинская газета, 1873, № 9, стр. 137—139.

- Гиржель Я. Ю., Обезболивание родов, Акушерство и гинекология, 1936, № 10, стр. 1199—1201.
- Гирфанов М. М., Реакция сосудов плаценты на некоторые обезболивающие средства, Акушерство и гинекология, 1938, № 7—8, стр. 62—65.
- Гливенко В. Ф., Обезболивание родов в первом периоде морфином, пантопоном, атропином и сернокислой магнезией, Акушерство и гинекология, 1937, № 4, стр. 66—71.
- Гливенко В. Ф., Обезболивание родов паральдегидом, Советская медицина, 1940, 21, стр. 40—42.
- Гогоберидзе Б. К., Обезболивание родов. В кн.: Труды II Закавказского съезда акушеров и гинекологов, Ереван, 1937, стр. 403—408.
- Гок-Смрчек В. и Калмыков М. А., Анализ состояния новорожденных, матери которых были обезболены в родах. В кн.: Обезболивание родов, М.—Л., 1937, стр. 69—71.
- Голендухина Л. В., Градель Б. И. и Бродская М. А., Влияние обезболенных родов на новорожденных, Акушерство и гинекология, 1937, в. 2, стр. 43—45.
- Голубчин С. Б., Блокады гедовских зон как метод обезболивания родов, Акушерство и гинекология, 1936, № 5, стр. 508—515.
- Гольдштейн М. Г., Обезболивание родов гексеналом, Акушерство и гинекология, 1940, № 3—4, стр. 64—65.
- Гофман А. И., Практика массового обезболивания родов в родовспомогательных учреждениях, Вопросы материнства и младенчества, 1938, в. 3, стр. 48—56.
- Грейбо А. Д., Родовая деятельность при обезболивании родов эвипан-натрием и гексеналом, Акушерство и гинекология, 1940, № 9, стр. 21—23.
- Гринберг М. М., Обезболивание при нормальных родах, Харьков, 1927, 4 стр.
- Гроссман С. П., Влияние спинномозговой анестезии на моторную функцию матки роженицы, Акушерство и гинекология, 1939, № 1, стр. 96—101.
- Грязнова И. М., Ишиоректальная анестезия при обезболивании родов, Фельдшер и акушерка, 1950, № 10, стр. 15—18.
- Гузиков П. А., Новые пути к массовому обезболиванию родов, Акушерство и гинекология, 1938, № 10, стр. 66—69.
- Гуревич И. Б., Обезболивание родов, Фельдшер и акушерка, 1950, в. 3, стр. 8—12.
- Гуртовская Р. М., Опыт обезболивания момента прорезывания головки, Казанский медицинский журнал, 1931, в. 2, стр. 138—142.
- Гурштейн Т. Б., Случай обезболивания родов под гипнозом, Врачебное дело, 1931, в. 5—6, стр. 288—289.
- Гутман Г. А., Массовое обезболивание родов в условиях районной больницы, Акушерство и гинекология, 1938, в. 3, стр. 68—71.
- Данилов А. А., Роль гипофиза в осуществлении некоторых болевых раздражений и влияние этой железы на рефлекторную деятельность. В кн.: Сборник докладов VI Всесоюзного съезда физиологов, биохимиков и фармакологов, Тбилиси, 1937, стр. 256—259.

- Д е д о в а Н. И., Обезболивание родов закисью азота, Труды первой научной конференции Башкирского медицинского института, Уфа, 1940, стр. 78—81.
- Д е р ч и н с к и й Г. Д., О действии плацентарной плазмы при нарушении дыхания у животных в глубоком гексеналовом наркозе, Сборник научных трудов Центрального научно-исследовательского акушерско-гинекологического института, Л., 1940, т. VI, стр. 121—125.
- Д е с н и ц к а я М. М., Наблюдения над действием бромурала у рожениц, Труды Астраханского медицинского института, Астрахань, 1948, 9, стр. 26—27.
- Д и к о в а Т. И., Спинномозговая анестезия, Акушерство и гинекология, 1938, № 5, стр. 31—33.
- Д и н е ц Б. Я., Клинико-экспериментальные данные о проходимости плацентарного барьера для некоторых лекарственных веществ, применяемых при обезболивании родов, Сборник научных трудов Центрального научно-исследовательского акушерско-гинекологического института, Л., 1939, т. V, стр. 225—267.
- Д и н е ц Б. Я., Пройодимость плацентарного барьера и влияние на младенца морфия (пантопона), сернокислой магнезии, хлоралгидрата и антипирина, Сборник трудов Центрального научно-исследовательского акушерско-гинекологического института, Л., 1940, т. VI, стр. 177—195.
- Д и н е ц Б. Я., К вопросу о переходе и влиянии родообезболивающих средств через мать на младенца, Вопросы материнства и младенчества, 1941, ч. I, стр. 29—35.
- Д м и т р и е в Б. П., Переход антипирина от матери к плоду при обезболивании родов, Акушерство и гинекология, 1938, № 5, стр. 16—18.
- Д о б р о н р а в о в В. А., К вопросу об обезболивании во время родов, Врач, 1896, в. 39, стр. 1080—1081; в. 40, стр. 1115—1117.
- Д у б н о в М. В., Опыт применения модифицированного метода Штейна при равном отхождении вод, Акушерство и гинекология, 1936, № 11, стр. 1303—1306.
- Д у л ь ц и н Я. А., Обезболивание родов, Вопросы материнства и младенчества, 1936, в. 11, стр. 55—59.
- Д у л ь ц и н Я. А. и Р о в и н с к а я В. М., Сравнительная оценка фармакодинамических свойств некоторых методов обезболивания в родах. В кн.: Обезболивание в родах, Труды конференции в г. Ленинграде 29—31 января 1951 г., М., 1952, стр. 125—128.
- Е г о р о в Б. А., Функциональная патология сердца беременных и ее отношение к обезболиванию родов. В кн.: Обезболивание родов (материалы Московской областной конференции врачей по обезболиванию родов), М., 1938, стр. 44—51.
- Е г о р о в М. Г., Обезболивание родов, Акушерство и гинекология, 1936, № 4, стр. 395—399.
- Ж а б о т и н с к и й И. И., Прекоксигеальная, гесп. пресакральная анестезия в комбинации с линейной инфильтрацией брюшной стенки как метод обезболивания второго периода родов, Акушерство и гинекология, 1940, № 3—4, стр. 66—67.

- Жданова А. Н., Бромтил как болеутоляющее средство при родах, Медицинский вестник, 1884, в. 6, стр. 83—84; в. 7, стр. 102—103.
- Желховцева-Турманидзе И. Н., Об учете родовой боли, Новости медицины, М., 1950, в. 16, стр. 28—35.
- Желховцева И. Н., Объективный учет родовой боли методом плетизмографии. В кн.: Обезболивание в родах, Труды конференции в г. Ленинграде 29—31 января 1951 г., М., 1952, стр. 161—165.
- Жмакин К. Н., Обезболивание родов. В кн.: Труды II Закавказского съезда акушеров и гинекологов, Ереван, 1937, стр. 503—503.
- Жмакин К. Н., Обезболивание родов в акушерско-гинекологической клинике Донецкого медицинского института и в учреждениях Донбасса, Акушерство и гинекология, 1936, № 12, стр. 1438—1445.
- Жмакин К. Н. и Николаев А. П. (п/р), Руководство по обезболиванию родов, Сталино, 1936, 190 стр.
- Жук В. Н., Обезболивание родов, Акушерка, 1899, 19—20, стр. 289—303.
- Закусов В. В., Новейшие анагетические средства при обезболивании в родах. В кн.: Обезболивание в родах, Труды конференции в г. Ленинграде 29—31 января 1951 г., М., 1952, стр. 84—89.
- Залевский К. С., Обезболивание нормальных родов паральдегидом, Акушерство и гинекология, 1938, № 12, стр. 70—72.
- Замятина З. И., Материалы к обезболиванию родов путем блокирования пудендалных нервов, Казанский медицинский журнал, 1938, № 1, стр. 46—49.
- Замятина З. И. и Василькова А. А., Применение авертина при обезболивании родов, Акушерство и гинекология, 1938, № 11, стр. 48—50.
- Замятина З. И. и Опалева Е. Ф., Парасакральная анестезия при обезболивании родов, Акушерство и гинекология, 1939, № 1, стр. 102—104.
- Зарецкий С. Г., Роды в дремотном состоянии, Известия Военно-медицинской академии, 1910, т. XX, стр. 249—268 и 391—411.
- Зарецкий С. Г., Скополамино-морфийный полунаркоз в акушерстве, Журнал акушерства и женских болезней, 1910, № 3, стр. 991—1006; № 4, стр. 1131—1146.
- Захарова З. М., Пентотал-натрий как обезболивающее средство при нормальных родах, Акушерство и гинекология, 1949, № 6, стр. 12—15.
- Здравомыслов В. И., Опыт применения гипноза в акушерстве и гинекологии, М.—Л., 1930, 80 стр.
- Зильберман С. С., Действие витамина В₁ на сократительную деятельность матки, Акушерство и гинекология, 1949, № 1, стр. 27—30.
- Зиньковская Я. Д., К вопросу об анестезии срамного нерва при родах, Акушерство и гинекология, 1938, в. 2, стр. 36—37.
- Златин П. Г., К вопросу об обезболивании родов, Сборник трудов по обезболиванию родов, Днепрпетровск, 1936, стр. 49—56.

- З л а т и н П. Г., Влияние обезболивающих наркотических средств на сократительную деятельность матки, Акушерство и гинекология, 1939, № 9, стр. 17—18.
- З л а т и н П. Г., Обезболивание родов комбинированными препаратами (клинико-экспериментальное исследование), Днепропетровск, 1940, 224 стр.
- И к о н н и к о в а Н. А., Опыт применения эвипан-натрия для обезболивания родов в Свердловском акушерско-гинекологическом институте. В кн.: Обезболивание родов, Свердловск, 1935, стр. 29—33.
- И к о н н и к о в а Н. А., Опыт применения эвипан-натриевого наркоза в родах, Акушерство и гинекология, 1936, № 1, стр. 90—93.
- И л ь и н Ф. Н., О наркозе в акушерстве, Сборник Отта, СПб, 1911, стр. 154—175.
- И л ь и н Ф. Н., Скополамино-морфийный наркоз в акушерстве, Русский врач, 1911, № 12, стр. 474—478.
- И л ь и н Ф. Н., Массовое обезболивание родов. В кн.: Труды II Закавказского съезда акушеров и гинекологов, Ереван, 1937, стр. 387—395.
- И л ь к е в и ч В. Я., Обезболивание родов. В кн.: Проблемы теоретической и практической медицины, М.—Л., 1937, стр. 5—19.
- И о ф ф е А. П., Из психо-терапевтической гипносуггестивной практики в акушерстве, Врачебное дело, 1929, № 11, стр. 747.
- И с а к с о н Б. О., Эвипан как обезболивающее средство в акушерстве и гинекологии. В кн.: Сборник трудов по обезболиванию родов, Днепропетровск, 1936, стр. 63—68.
- И с т о м и н П. П., К психотерапии и биологической ценности ее при беременности и родах. В кн.: Психотерапия, Харьков, 1930, стр. 319—326.
- К а з у н и н Ф. А., Обезболивание родов анестезией зон Гада, Акушерство и гинекология, 1938, № 5, стр. 26—27.
- К а л а ш н и к Я. М., К вопросу о применении гипноза при беременности и родах, Одесский медицинский журнал, 1927, № 8—10, стр. 85—89.
- К а л ь н и ц к а я Ф. Е., Обезболивание родов при многоплодной беременности, Сборник трудов акушерско-гинекологической клиники Ташкентского медицинского института, Ташкент, 1947, стр. 155—158.
- К а п л у н Э. М., Клинические и экспериментальные данные к оценке эффективного метода возбуждения родовой деятельности, Л., 1938, 200 стр.
- К а п л у н Э. М., Оральное или ректальное применение хлоралгидрата, Акушерство и гинекология, 1938, № 5, стр. 19—22.
- К а п л у н Э. М., Сравнительная оценка влияния хинина и питуитрина на наркотизированную мышцу матки (экспериментальное исследование), Сборник научных трудов Центрального научно-исследовательского акушерско-гинекологического института, Л., 1935, т. V, стр. 165—188.
- К а п у с т и н М. П., Опыт применения обезболивания родов внутривенными инъекциями антипирин-пантопона в условиях сельской участковой больницы, Акушерство и гинекология, 1940, № 3—4, стр. 70—70.

- К а р а к о з Д. С., Синий свет как вспомогательный способ обезболивания родов в начале периода раскрытия, *Акушерство и гинекология*, 1938, № 2, стр. 33—35.
- К а р а с ь З. Л., К вопросу об «управлении» родами, *Вопросы материнства и младенчества*, 1939, № 10, стр. 38—42.
- К а р а с ь З. Л., Осмотр рожениц зеркалами как метод определения степени раскрытия зева при обезболивании родов, *Акушерство и гинекология*, 1938, № 11, стр. 33—35.
- К а р а с ь З. Л., Первые наблюдения над гексеналом (советский эвипан) при обезболивании родов, *Акушерство и гинекология*, 1937, № 8, стр. 70—73.
- К а р а с ь З. Л., Разрыв плодного пузыря как метод ускорения родов, *Акушерство и гинекология*, 1938, № 7—8, стр. 66—73.
- К а р п а ч е в с к и й М. С., Обезболивание родов эвипан-натрием (Аутореферат). В кн.: *Труды первой научной конференции Башкирского медицинского института*, Уфа, 1940, стр. 76—78.
- К а с а т к и н а В. В., Обезболивание родов у отечных рожениц, *Сборник трудов Акушерско-гинекологической клиники Ташкентского медицинского института*, Ташкент, 1947, стр. 147—154.
- К а ч а н Э. А. и Б е л о з е р с к и й Г. Г., Методика отбора и проведения обезболивания родов гипнозом и внушением, *Сборник научных трудов Центрального научно-исследовательского акушерско-гинекологического института*, Л., 1940, т. VI, стр. 19—89.
- К в а т е р Е. И., Современное состояние вопроса об обезболивании нормальных родов, *Акушерство и гинекология*, 1936, № 3, стр. 279—301.
- К в а т е р Е. И., Некоторые организационные вопросы обезболивания родов, *Советская медицина*, 1940, № 12, стр. 29—31.
- К е й л и н С. Л., Простейшие методы обезболивания родов закисью азота, *Акушерство и гинекология*, 1939, № 6, стр. 48—50.
- К л е б а н о в Ф. Г., Обезболивание родов, *Фельдшер и акушерка*, 1941, № 1, стр. 76—77.
- К л е н и ц к и й Я. С., Значение своевременного распознавания слабости родовой деятельности для борьбы с мертворождаемостью и первичной детской смертностью, *Акушерство и гинекология*, 1949, № 1, стр. 18—21.
- К л е н и ц к и й Я. С., Обзор способов оценки эффективности различных средств и методов обезболивания в родах. В кн.: *Обезболивание в родах*, Труды конференции в г. Ленинграде 29—31 января 1951 г., М., 1952, стр. 165—168.
- К л и к о в и ч С. К., Закись азота как болеутоляющее средство в родах, *Сборник работ Медико-хирургической академии*, 1880, стр. 97—120.
- К л и к о в и ч С. К., Закись азота и опыт ее применения в терапии, СПб, 1881 (дисс.), 142 стр.
- К о б о з е в а Н. В., Изменения моторной и сенсорной хронаксии у рожениц после введения витамина В₁. *Сборник научных трудов Центрального научно-исследовательского акушерско-гинекологического института*, Л., 1947, т. X, стр. 86—94.
- К о г а н А. А., За суггестивный путь болеутоления при родах, *Акушерство и гинекология*, 1947, № 3, стр. 50—50.

- К о л б а с о в И. С., Местное обезболивание по Вишневскому при родах, Казанский медицинский журнал, 1938, № 5—6, стр. 481—484.
- К о л ч а н о в. Первые опыты обезболивания родов. В кн.: Обезболивание родов, Свердловск, 1935, стр. 43—58.
- К о н о в а л о в К. А., Значение проблемы обезболивания родов. В кн.: Обезболивание родов, Свердловск, 1935, стр. 6—9.
- К о п е й ч и к о в И. Г., Наблюдения над действием закиси азота у постели роженицы, Харьков, 1882 (дисс.).
- К о р а б е л ь н и к Б. К. и Д а р о н Д. Я., Опыт применения психопрофилактического метода обезболивания в родах в родильном доме № 32. В кн.: Обезболивание в родах, Труды конференции в г. Ленинграде 29—31 января 1951 г., М., 1952, стр. 60—64.
- К о р о т к и н Н. И., Учение о боли и пути борьбы с родовой болью, Фельдшер и акушерка, 1950, № 2, стр. 20—25.
- К о р ч а г и н а Н. А., О влиянии некоторых родообезболивающих средств на сократительную способность матки в эксперименте. В кн.: Труды Казанского института усовершенствования врачей, Казань, 1947, т. X, стр. 74—84.
- К о с т ю р и н а П. В., Зоны Геда в акушерской практике, Акушерство и гинекология, 1936, № 7, стр. 799—807.
- К р а в к о в Н. П., Основы фармакологии, М.—Л., 1933, ч. I, 429 стр.; ч. II, 443 стр.
- К р а с с о в с к и й А. Я., Оперативное акушерство с включением учения о неправильностях женского таза, СПб, 1885, 622 стр.
- К р е п с А. Л., Сакральное обезболивание родов, Акушерство и гинекология, 1937, 2, стр. 37—39.
- К р у п с к и й А. И., Первые 500 родов, обезболенные при помощи веселящего газа и газо-воздушной анестезии (N₂O), Акушерство и гинекология, 1940, в. 3—4, стр. 54—57.
- К р у п с к и й А. И., Обезболивание родов при помощи закиси азота. В кн.: Обезболивание родов, Сталино, 1936, стр. 65—69.
- К у б а с о в П. И., К вопросу о влиянии лекарств через мать на плод, СПб, 1879 (дисс.), 94 стр.
- К у д а ш е в А. Д., Опыт применения гипноза в акушерстве и гинекологии, Казанский медицинский журнал, 1927, в. 12, стр. 1253—1263.
- К у р д и н о в с к и й Е. М., Об обезболивании нормальных родов, СПб, 1906 (дисс.).
- К у р д и н о в с к и й Е. М., Обезболивание родов. В кн.: Обезболивание родов, Свердловск, 1935, стр. 63—69.
- К у ч е р е н к о Т. А., Комбинированный фармакологический метод обезболивания родов с одновременным их ускорением, а также с профилактикой внутриутробной асфиксии плода. В кн.: Обезболивание в родах, Труды конференции в г. Ленинграде 29—31 января 1951 г., М., 1952, стр. 93—98.
- Л е б е д е в Н. П., Обезболивание родов паральдегидом, Акушерство и гинекология, 1936, 12, стр. 1433—1438.
- Л е б е д е в Н. П., Паральдегид, как средство обезболивания родов, Акушерство и гинекология, 1938, № 2, стр. 221—228.
- Л е в и М. Ф., История родовспоможения в СССР, М., 1950, 204 стр.

- Левин С. П., Ректон (ректидон) как средство для обезболивания родов, *Акушерство и гинекология*, 1937, № 9—10, стр. 116—122.
- Левит И. Б., Обезболивание родов по методу Гватмея, *Сборник трудов Ленинградского общества акушеров и гинекологов*, М.—Л., 1938, т. I, стр. 19—33.
- Легенченко И. С., Простой, безопасный и эффективный метод обезболивания родов, *Акушерство и гинекология*, 1938, № 6, стр. 63—64.
- Ледомская Н. К., Работа родильного отделения Кизеловской больницы по обезболиванию родов. В кн.: *Обезболивание родов*, Свердловск, 1935, стр. 40—43.
- Лейбчик Ю. А., Обезболивание родов закисью азота, *Акушерство и гинекология*, 1939, № 6, стр. 35—43.
- Леонтьев З. Н., К вопросу об обезболивании родового акта, *Вестник современной медицины*, 1928, в. 23, стр. 1484—1487.
- Лернер Е. Л., Гексенал при обезболивании родов, Харьков, 1941, 104 стр.
- Либензон Е. Б., Анестезия *nervi pudendi* при родах, *Журнал акушерства и женских болезней*, 1934, № 1, стр. 40—44.
- Лившина Р. Л., Обезболивание родов, *Врачебное дело*, 1936, № 3, стр. 231—237.
- Лившина Р. Л., Обезболивание нормальных родов. В кн.: *Тезисы к докладам на II Закавказском съезде акушеров и гинекологов*, Ереван, 1936, стр. 66—67.
- Лившина Р. Л. и Сила В., Влияние хлоралгидрата на углеводный обмен и кислотно-щелочное равновесие у рожениц при обезболивании родов, *Акушерство и гинекология*, 1938, № 5, стр. 23—25.
- Липманович С. Г. и Рождественская Е. Е., О переходе через плаценту наркотических веществ при обезболивании родов, *Акушерство и гинекология*, 1937, № 12, стр. 3—9.
- Литвак Б. И., 2 000 обезболенных родов, *Акушерство и гинекология*, 1938, № 10, стр. 60—62.
- Литвак Б. И., Обезболивание родов наркотическими средствами. В кн.: *Сборник трудов по обезболиванию родов*, Днепрпетровск, 1936, стр. 41—48.
- Литвак Б. И., Викторовская Е. Н., Духовная С. О., Флорова Т. И., О переходе наркотических средств в кровь плода при обезболивании родов, *Акушерство и гинекология*, 1936, № 6, стр. 686—692.
- Лозинский В. Л., Обезболивание родов и его организация. В кн.: *Тезисы докладов на II съезде акушеров и гинекологов УССР*, Киев, 1938, стр. 27—28.
- Лотис В. М., Усман Е. Г., Березова А. А., Обезболивание родов закисью азота, *Акушерство и гинекология*, 1939, № 6, стр. 43—45.
- Лурье А. Ю., Проблема массового обезболивания родов. В кн.: *Обезболивание родов*, Свердловск, 1935, стр. 9—18.
- Лурье А. Ю., Новое в обезболивании родов, *Газета «Правда»*, 1936, 17 мая.
- Лурье А. Ю., Обезболивание родов, Свердловск, 1936, 43 стр.
- Лурье А. Ю., Обезболивание родов, *Акушерство и гинекология*, 1937, № 11, стр. 83—86.

- Л у р ь е А. Ю., Обезболивание родов, Акушерство и гинекология, 1946, № 4, стр. 5—9.
- Л у р ь е Р. Г., К клинике обезболивания родов, Сборник научных трудов Центрального научно-исследовательского акушерско-гинекологического института, Л., 1940, стр. 5—17.
- Л у р ь е Р. Г., Роль женской консультации в деле обезболивания родов, В кн.: Сборник научных трудов Центрального научно-исследовательского акушерско-гинекологического института, Л., 1940, т. VI, стр. 233—237.
- Л я н д р е с М. М., 705 случаев обезболивания родов в районной больнице, Акушерство и гинекология, 1937, № 7, стр. 54—55.
- М а к а р ь е в Ф. А., Углеводный обмен при различных видах обезболивания родов, Акушерство и гинекология, 1937, № 1, стр. 82—88.
- М а к а р ь е в Ф. А., Сахар крови роженицы при обезболивании, Акушерство и гинекология, 1939, № 9, стр. 19—25.
- М а к о в с к и й И. И., Влияние гексенала при различных способах его введения и в комбинации с сернокислой магнезией на сокращения матки крольчих, Сборник научных трудов Центрального научно-исследовательского акушерско-гинекологического института, Л., 1940, т. VI, стр. 107—115.
- М а л и н о в с к и й М. С. и К в а т е р Е. И., Обезболивание родов, М.—Л., 1937, 165 стр.
- М а н д е л ь ш т а м А. Э., Пути лабораторно-клинического и экспериментального изучения вопросов, связанных с обезболиванием родов, Сборник научных трудов Центрального научно-исследовательского акушерско-гинекологического института, Л., 1939, т. V, стр. 5—10.
- М а н е н к о в П. В., Р о м а н о в М., Обезболивание нормальных родов, Казань, 1936, 52 стр.
- М а н с у р о в Н., О влиянии смазывания кокаином половых клеточек в носу (Genitalstellen nasi) для обезболивания родов, Акушерка, 1899, № 15—16, стр. 225—227.
- М а н у л к и н А., Обезболивание родов одним антипирином или в сочетании с пантопоном, Сборник трудов акушерско-гинекологической клиники Ташкентского медицинского института, Ташкент, 1947, стр. 143—146.
- М а р к о в Н., Опясывающая местная анестезия для обезболивания родов, Акушерство и гинекология, 1936, № 6, стр. 673—678.
- М а т в е е в Ф. П., Спинномозговая анестезия в гинекологии и акушерстве и борьба с осложнениями при ней, Акушерство и гинекология, 1941, № 1, стр. 65—67.
- М а т в е е в а В., Действенный метод обезболивания родов, Медицинский работник, 1950, 21 сентября.
- М е н ь ш е н и н а А. Ф., Обезболивание родов по методу Гватмея, Сборник научных трудов Центрального научно-исследовательского акушерско-гинекологического института, Л., 1940, т. 6, стр. 197—208.
- М и к е л а д з е Ш. Я., О применении родообезболивающих средств в так называемых противопоказанных случаях, Сборник научных трудов Центрального научно-исследовательского акушерско-гинекологического института, Л., 1940, т. VI, стр. 209—228.

- Микеладзе Ш. Я., Обезболивание родов в патологических случаях, Акушерство и гинекология, 1940, № 10, стр. 30—32.
- Мильченко И. Т., Тимохина М. А. и Рюмкина И. С., Влияние некоторых наркотических веществ на окислительно-восстановительные процессы матери и плода при обезболивании родов. В кн.: 3-й сборник научных трудов Ивановского медицинского института, Иваново, 1941, стр. 317—321.
- Мирзоян С. А., Обезболивающие свойства молочно-щелочного раствора новокаина. В кн.: Тезисы к докладам на II Закавказском съезде акушеров и гинекологов, Ереван, 1936, стр. 67—67.
- Михайловский И. И., Комбинированное влияние эфира и серноокислой магнезии на сократительную деятельность матки, Акушерство и гинекология, 1938, № 1, стр. 72—75.
- Михетко В. П., Действие серноокислой магнезии на мускулатуру беременной матки кролика, Акушерство и гинекология, 1938, № 9, стр. 23—24.
- Михельсон М. Я., Холинэргические механизмы родового акта и применение прозерина для ускорения родов, Акушерство и гинекология, 1951, № 1, стр. 16—18.
- Михельсон М. Я., Прозериновый метод ускорения родов как необходимый компонент рационального обезболивания в родах. В кн.: Обезболивание в родах, Труды конференции в г. Ленинграде 29—31 января 1951 г., М., 1952, стр. 89—93.
- Мовшович Р. И., К материалам об обезболивании родов ликером скопаном, Казанский медицинский журнал, 1938, № 5—6 стр. 484—486.
- Могилев М. В., Фармакодинамика глюкозы в комбинации с некоторыми родообезболивающими средствами. В кн.: Сборник научных трудов Центрального научно-исследовательского акушерско-гинекологического института, Л., 1939, т. V, стр. 157—163.
- Морозова А. Н., Итоги научной конференции врачей Московской области по обезболиванию родов, Вопросы материнства и младенчества, 1937, № 2, стр. 23—33.
- Мощак А. С., Длительность действия гексенала при различных способах его применения, Сборник научных трудов Центрального научно-исследовательского акушерско-гинекологического института, Л., 1940, т. VI, стр. 99—106.
- Мощак А. С. и Ростембергская А. П., Обезболивание родов путем воздействия на назо-генитальные точки анестезирующих веществ, Акушерство и гинекология, 1936, № 12, стр. 1448—1450.
- Найдич М. С., Обезболивание родов по способу Гватмея, Гинекология и акушерство, 1927, № 2, стр. 177—185.
- Николаев А. П., Гипноз при родах и операциях, Казанский медицинский журнал, 1926, № 1, стр. 50—54.
- Николаев А. П., Некоторые принципиальные соображения к вопросу об обезболивании родов. В кн.: Обезболивание родов, Труды 2-й конференции акушеров и гинекологов Донецкой области, Сталино, 1936, стр. 50—59.
- Николаев А. П., Синдром боли. В кн.: Руководство по обезболиванию родов, Сталино, 1936, стр. 50—59.

- Н и к о л а е в А. П., Суггестивный метод обезболивания родов. В кн.: Руководство по обезболиванию родов, Сталино, 1936, гл. 8, стр. 135—164.
- Н и к о л а е в А. П. и П о д е р н и В. А., Гальванометрический метод исследования зон Геда. В кн.: Тезисы к докладам на II Закавказском съезде акушеров и гинекологов, Ереван, 1936, стр. 81—83.
- Н и к о л а е в А. П., Нервно-гуморальные факторы в регуляции родовой деятельности женщины, Сталино, 1940, 196 стр.
- Н и к о л а е в А. П., Обезболивание родов, Вопросы материнства и младенчества, 1941, № 1, стр. 23—24.
- Н и к о л а е в А. П., Физиологическое направление в обезболивании родов, Акушерство и гинекология, 1946, № 4, стр. 9—16.
- Н и к о л а е в А. П., Некоторые данные современной физиологии в приложении к акушерству. В кн.: Труды Института акушерства и гинекологии Академии медицинских наук СССР, М., 1948, т. I, стр. 3—34.
- Н и к о л а е в А. П., К проблеме обезболивания родов, Акушерство и гинекология, 1949, № 6, стр. 3—8.
- Н и к о л а е в А. П., О причинах наступления родового акта. В кн.: Вопросы акушерства и гинекологии, М., 1950, в. 16, стр. 1—11.
- Н и к о л а е в А. П., Новое в вопросах обезболивания родов, Фельдшер и акушерка, 1950, № 11, стр. 14—19.
- Н и к о л а е в А. П., Основные принципы обезболивания в родах. В кн.: Основы организации и работа родильного стационара, Л., 1950, стр. 175—192.
- Н и к о л а е в А. П., Основные принципы и пути обезболивания в родах. В кн.: Обезболивание в родах, Труды конференции в г. Ленинграде 29—31 января 1951 г., М., 1952, стр. 29—37.
- Н и к о л а е в А. П., Учение И. П. Павлова и важнейшие проблемы акушерства и гинекологии, М., 1951, 40 стр.
- Н и к о л а е в А. П., Теоретические основы и современные методы обезболивания родов, Вестник Академии медицинских наук СССР, 1951, № 4, стр. 13—23.
- Н и к о л а е в А. П., Очерки теории и практики обезболивания родов, М., 1953, 175 стр.
- Н и к о л а е в А. П. и Т ю р и н а М. М., Эффективные методы борьбы с внутриутробной асфиксией плода, Акушерство и гинекология, 1948, № 1, стр. 5—13.
- Н и к о л а е в В. В., Сто лет применения наркотических средств, Акушерство и гинекология, 1946, № 4, стр. 9—16.
- Н и х и н с о н А. Г., Обезболивание нормальных родов, Гинекология и акушерство, 1927, № 2, стр. 191—195.
- О г а н е з о в а Е. С., К вопросу об обезболивании родов. В кн.: Труды II Закавказского съезда акушеров и гинекологов, Ереван, 1937, стр. 500.
- О к и н ч и ц Л. Л., Опыт широкого применения обезболивания родов. В кн.: Сборник трудов Ленинградского отделения Всероссийского научного общества акушеров и гинекологов, М.—Л., 1938, т. I, стр. 14—19.
- П а в л о в И. П., К физиологии и патологии высшей нервной деятельности, М., 1949, 22 стр.

- Павлов И. П., Лекции о работе больших полушарий головного мозга, М., 1952, 288 стр.
- Павлов И. П., Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, М., 1951, 505 стр.
- Павловская З. Н., Обезболивание родов текодином и лидолом, Акушерство и гинекология, 1949, № 6, стр. 8—11.
- Патушинская Ф. П. и Филина Е. И., Витамин В₁ в обезболивании родов, Акушерство и гинекология, 1948, № 5, стр. 35—37.
- Персианинов Л. С., О влиянии ацетилхолина на сократительную деятельность матки, Акушерство и гинекология, 1948, № 1, стр. 17—21.
- Петров-Маслаков М. А., Клинические наблюдения над применением прозерина метода ускорения родов. В кн.: Обезболивание в родах, Труды конференции в г. Ленинграде 29—31 января 1951 г., М., 1952, стр. 98—105.
- Петров-Маслаков М. А., Зацепицкий Р. А., Психопрофилактика родовых болей, М., 1953, 120 стр.
- Петровский Г. А. и Розе О. И., К фармакодинамике обезболивающих средств, Акушерство и гинекология, 1936, № 12, стр. 1416—1425.
- Петровский Г. А., Фармакодинамика обезболивающих средств. В кн.: Тезисы докладов на II съезде акушеров и гинекологов УССР, Киев, 1937, стр. 30—31.
- Петченко А. И., О влиянии некоторых обезболивающих средств на сократительную способность матки (экспериментальное исследование) Сообщение 1, Акушерство и гинекология, 1939, № 1, стр. 83—92.
- Петченко А. И., О влиянии некоторых обезболивающих средств на сократительную способность матки, Сообщение 2—3, Акушерство и гинекология, 1940, № 7—8, стр. 8—12.
- Петченко А. И., Физиология и патология сократительной способности матки, Л., Медгиз, 1948, стр. 136—198.
- Писаревский Н. Н., Смертность и заболеваемость детей, рожденных под обезболиванием. В кн.: Труды Ростовского института охраны материнства и младенчества, Ростов-на-Дону, 1939, стр. 65—72.
- Платонов К. И., Слово как физиологический и лечебный фактор, Харьков, 1930, 115 стр.
- Платонов К. И., Психические факторы при обезболивании родов, Акушерство и гинекология, 1937, № 9—10, стр. 93—99.
- Платонов К. И., Обезболивание родов по методу внушения. В кн.: Тезисы докладов на II съезде акушеров и гинекологов УССР, Киев, 1938, стр. 32—34.
- Платонов К. И., О скрытом психическом факторе в медикаментозном родообезболивании, Акушерство и гинекология, 1940, № 3—4, стр. 46—54.
- Платонов К. И., О значении внушения и гипноза в акушерстве и гинекологии. В кн.: Труды VII Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов, Л., 1927, стр. 750—752.
- Платонов К. И., Психопрофилактическое обезболивание родов в свете учения Павлова, Врачебное дело, 1950, № 12, стр. 1079—1082.

- Платонов К. И., Психопрофилактический метод обезболивания в родах. В кн.: Обезболивание в родах, Труды конференции в г. Ленинграде 29—31 января 1951 г., М., 1952, стр. 38—41.
- Платонов К. И., Синергетическое действие спотворных, жаропонижающих и солей магния, Фармакология и токсикология, 1940, т. III, № 5, стр. 78.
- Платонов К. И., Вельвовский И. З., Плотицер В. А. и Шугом Э. А., Психопрофилактическое обезболивание родов, Медицинский работник, 1951, № 41 (957) от 7 июня.
- Покровский А. Ф. и Иванов А. А., Эвипан-натриевый наркоз при обезболивании родов и в оперативной гинекологии, Акушерство и гинекология, 1938, № 11, стр. 41—47.
- Полонский Я. Н., Эпидуральная (сакральная) анестезия в обезболивании родов, Акушерство и гинекология, 1938, № 11, стр. 36—40.
- Полоцкий Е. Е., Обладает ли кумуляционными свойствами смесь Гватмея и эвипан-натрий, применяемые при обезболивании родов? Сборник научных трудов Центрального научно-исследовательского акушерско-гинекологического института, Л., 1939, т. V, стр. 273—278.
- Попов Е. А., Проблема внушения в свете учения И. П. Павлова. В кн.: Обезболивание в родах, Тезисы докладов конференции 29—31 января 1951 г. в г. Ленинграде, М., 1951, стр. 4—5.
- Постольник Г. С., Опыт применения гипноза и внушения при родах, Журнал акушерства и женских болезней, 1930, т. XLI, кн. 1, стр. 73—82.
- Проскурина Н. Г., Асфиксия, ранняя детская смертность и мертворождаемость при обезболивании родов, Акушерство и гинекология, 1940, № 9, стр. 15—17.
- Пулло И. М., Влияние хлороформа на нормальные роды, М., 1875 (дисс.), 30 стр.
- Пунченко Н. А., Ближайшие и отдаленные наблюдения над новорожденными детьми после обезболивания в родах. В кн.: Обезболивание в родах, Труды конференции в г. Ленинграде 29—31 января 1951 г., М., 1952, стр. 168—171.
- Пырский К. И., К вопросу о психотерапии в акушерстве и гинекологии, Журнал акушерства и женских болезней, 1927, кн. 2, стр. 248—263.
- Рабинович А. Л., Синергетический эфирный наркоз при обезболивании родов, Акушерство и гинекология, 1939, № 2—3, стр. 54—58.
- Рабинович А. Л., Аналгезия и амнезия гексеналом (эвипан-натрий) в родах, Акушерство и гинекология, 1940, № 3—4, стр. 61—64.
- Рабинович А. Л., Обезболивание родов препаратами барбитуровой кислоты, Акушерство и гинекология, 1937, № 12, стр. 10—16.
- Рабинович Ф. И., 7268 обезболенных родов, Акушерство и гинекология, № 9, стр. 23—35.
- Раздольский И. Я., Проблема боли в клинической практике. В кн.: Обезболивание в родах, Труды конференции в г. Ленинграде 29—31 января 1951 г., М., 1952, стр. 9—18.

- Р е с с и н Б. И., Влияние обезболивающих родов средств на течение родового акта, Акушерство и гинекология, 1937, № 8, стр. 53—59.
- Р е с с и н Б. И., Обезболивание нормальных родов, Акушерство и гинекология, 1936, № 4, стр. 391—395.
- Р и п с С. Л., Роль кокаинизации слизистой носа в уменьшении родовых болей, Акушерство и гинекология, 1938, № 12, стр. 73—76.
- Р о г о в и н В. Е., Новый способ определения открытия шейки во время родов наружными приемами, Акушерство и гинекология, 1938, № 1, стр. 67—71.
- Р о г о в и н В. Е., Метод ускорения обезболенных родов, Акушерство и гинекология, 1941, № 1, стр. 22—27.
- Р о м а н о в а М. В., Состояние новорожденных в зависимости от обезболивания родов, Акушерство и гинекология, 1941, № 6, стр. 27—29.
- С а в е л ь е в а З. Д., Болеутоление в родах лидолом, В кн. Труды Института акушерства и гинекологии Академии медицинских наук СССР, М., 1948, т. I, стр. 135—137.
- С а в е л ь е в а З. Д. и К н и п с т И. Н., Ацетилхолин плаценты и холинэстераза крови и их влияние на течение родов. В кн.: Труды Института акушерства и гинекологии Академии медицинских наук СССР, М., 1948, т. I, стр. 50—55.
- С а в и ч В. В., Магний и его значение в качестве наркотического средства, Советская врачебная газета, 1933, № 9, стр. 353—356.
- С а в и ч В. В., Проблема обезболивания, Советский врачебный журнал, 1936, № 8, стр. 561—564.
- С а в ш и н с к а я А. В., Применение прозерина для стимуляции родовой деятельности, Акушерство и гинекология, 1951, № 1, стр. 18—20.
- С а л г а н и к Г. М., Современное состояние вопроса о чувствительных и рефлекторных путях женских половых органов. В кн.: Труды Института акушерства и гинекологии Академии медицинских наук СССР, М., 1948, т. I, стр. 56—66.
- С а л г а н и к Г. М., Родовая боль и обезболивание, М., 1953, 148 стр.
- С а м о й л о в а Е. Е., Обезболивание родов витамином В₁, Акушерство и гинекология, 1948, № 5, стр. 38—39.
- С в я т о с л а в с к а я Р., О действии гидрата хлорала в период раскрытия маточного рыльца и в период изгнания плода, Медицинское обозрение, 1879, т. 12, август, стр. 202—204.
- С е м я н н и к о в А. В., Несколько слов к вопросу о применении гипноза в акушерстве, Журнал акушерства и женских болезней, 1907, т. 21, № 2, стр. 190—196.
- С и д о р о в Н. Е., О влиянии некоторых обезболивающих средств на изгоняющие силы при родах, Акушерство и гинекология, 1937, № 4, стр. 58—65.
- С и д о р о в Н. Е., Обезболивание родов белладонной в комбинации с пантопоном, антипирином и сульфатом магния, Акушерство и гинекология, 1941, № 1, стр. 36—38.
- С к в о р ц о в а А. А., Действие некоторых наркотических веществ на сократительную способность матки, Акушерство и гинекология, 1939, № 6, стр. 30—35.

- Ск р о б а н с к и й К. К., Пути развития обезболивания родов. В кн.: Обезболивание родов, Свердловск, 1935, стр. 58—63.
- Ск р о б а н с к и й К. К., Дальнейшее усовершенствование методики обезболивания родов, Акушерство и гинекология, 1936, № 15, стр. 504—507.
- Ск р о б а н с к и й К. К., К вопросу о массовом обезболивании родов, Вопросы материнства и младенчества, 1936, № 1, стр. 15—19.
- Ск р о б а н с к и й К. К., Краткое руководство по обезболиванию нормальных родов, М. — Л., 1936, 142 стр.
- Ск р о б а н с к и й К. К. и Ф о й А. М., Первые итоги и перспективы массового обезболивания родов, Советская медицина, 1937, № 8, стр. 3—6.
- С м и р н о в Г. Н., Опыт работы института по внедрению массового обезболивания родов по Ивановской области. В кн.: Сборник научных работ Ивановского института охраны материнства и младенчества, Москва — Иваново, 1940, в. 3, стр. 11—15.
- С м у р о в а М. В. и Б о г д е л ь Е. Ф., Обезболивание нормальных родов, Акушерство и гинекология, 1936, № 12, стр. 1446—1449.
- С о б е с т и а н с к и й Э. М., Обезболивание родов веселящим газом. В кн.: Труды II Закавказского съезда акушеров и гинекологов, Ереван, 1937, стр. 395—398.
- С о з и н а М. Г., Об анальгезирующем действии лидола, Фармакология и токсикология, 1948, № 1, стр. 3—8.
- С о з и н а М. Г., Фармакология лидола, М., 1952 (автореферат диссертации), 12 стр.
- С о к о л Е. Г., Обезболивание второго периода родов анестезией поверхностных ветвей п. pudendi, Акушерство и гинекология, 1940, № 3—4, стр. 68—69.
- С о ф о т е р с в А. К., Первый опыт широкого обезболивания родов, Акушерство и гинекология, 1937, № 3, стр. 62—67.
- С о ч а в а Н. Н., Анестезия при нормальных родах и выжимание плода при замедлении их. Медицинский вестник, 1867, № 35, стр. 318—319.
- С о ч а в а Н. Н., К вопросу анестезии при нормальных родах. В кн.: Приложения к протоколам заседания Харьковского медицинского общества, Харьков, 1875, 10, стр. 27—28.
- С о ч а в а Н. Н., Подкожное впрыскивание морфия и эрготина при нормальных родах, Медицинский вестник, 1868, № 16, стр. 145—146.
- С о ч а в а Н. Н., Анестезия при нормальных родах, Харьков, 1867, 58 стр.
- С т а в с к а я Е. Я., Обезболивание родового акта паральдегидом, Акушерство и гинекология, 1947, № 6, стр. 44—45.
- С т а р к о в П. М., Обезболивание родов закисью азота, Фельдшер и акушерка, 1950, № 5, стр. 19—24.
- С т а р к о в П. М., О применении закиси азота для обезболивания в родах. В кн.: Обезболивание в родах, Труды конференции в г. Ленинграде 29—31 января 1951 г., М., 1952, стр. 136—140.
- С т а р о в о й т о в И. М., Обезболивание 1 000 родов простейшими способами, Акушерство и гинекология, 1939, № 9, стр. 26—28.

- Степанов Я. А., Обезболивание родов. В кн.: Труды Астраханского медицинского института, Астрахань, 1940, т. VII, стр. 150—155.
- Столыпин Ф. Г., Кокаинизация носа как метод обезболивания в акушерстве и гинекологии, Акушерство и гинекология, 1936, № 10, стр. 1196—1198.
- Тарабаева Г. И., Обезболивание родов, Акушерство и гинекология, 1937, № 7, стр. 47—53.
- Тарабчихин М. М., Способ Шатц-Унтербергера при обезболивании родов, Акушерство и гинекология, 1940, № 3—4, стр. 69—70.
- Тарасенко Е. Т., Вязкость, свертываемость и тромбоцитоз крови в конце беременности, во время родов и в послеродовом периоде при обезболивании родов и без обезбоживания родов, Акушерство и гинекология, 1937, № 6, стр. 44—50.
- Теверовский М. И. и Лернер Л. Е., Барьерная роль плаценты для хлоралгидрата при обезболивании родов, Акушерство и гинекология, 1937, № 7, стр. 40—43.
- Теверовский М. И. и Фридман Т. Д., Выделение хлоралгидрата с мочой и молоком матери при обезболивании родов, Акушерство и гинекология, 1938, № 2, стр. 38—40.
- Тимохина М. А., К методике учета влияния некоторых обезболивающих средств на родовую деятельность. В кн.: Третий сборник научных трудов Ивановского медицинского института, Иваново, 1941, стр. 323—326.
- Третьяков В. В., Родообезболивание без применения медикаментов и в комбинации с ними. В кн.: Труды II Закавказского съезда акушеров и гинекологов, Ереван, 1937, стр. 485—491.
- Третьяков В. В., Родообезболивание без применения медикаментов и в комбинации с ними, Акушерство и гинекология, 1937, № 12, стр. 24—25.
- Тюрина М. М., Применение витамина В₁ при обезболивании родов. В кн.: Труды Института акушерства и гинекологии Академии медицинских наук СССР, М., 1948, т. I, стр. 137—146.
- Улезк-Строганова К. П., Действие некоторых обезболивающих веществ на паренхиматозные органы матерей и плодов. В кн.: Сборник научных трудов Центрального научно-исследовательского акушерско-гинекологического института, Л., 1939, т. V, стр. 269—271.
- Федоров В. П., Наблюдения над пантопон-скополаминовым наркозом во время родов, Практический врач, 1912, № 7, стр. 107—108; № 8, стр. 127—129.
- Федоров В. П., Пантопон-скополаминовый наркоз, Журнал акушерства и женских болезней, 1912, т. 26, № 4, стр. 532—534.
- Фейгель И. И., Некоторые соображения и факты по вопросу уменьшения болезненности во время родов, Акушерство и гинекология, 1937, № 5, стр. 20—28.
- Фейгель И. И., Обезболивание нормальных родов сернокислой магниезией и комбинированным введением внутривенно и внутримышечно гексенала, Акушерство и гинекология, 1938, № 9, стр. 16—18.
- Фейгель И. И. и Рабинович А. Л., Материалы к обезболиванию родов, Акушерство и гинекология, 1937, № 2, стр. 23—25.

- Фейгель И. И. и Рабинович Я. С., Экстрадуральная анестезия как метод обезболивания родов, *Акушерство и гинекология*, 1938, № 5, стр. 5—13.
- Фейертаг Г. М. и Киреевский М. Н., Об обезболивании родов. В кн.: Труды II Закавказского съезда акушеров и гинекологов, Ереван, 1937, стр. 459—467.
- Фигурнов К. М., О применении местной анестезии для обезболивания второго периода родов. В кн.: Обезболивание в родах, Труды конференции в г. Ленинграде 29—31 января 1951 г., М., 1952, стр. 128—136.
- Фигурнов К. М., Местная и регионарная анестезия в обезболивании родов. В кн.: Вопросы акушерства и гинекологии, *Новости медицины*, М., 1950, в. 16, стр. 36—40.
- Финкельштейн, Хлороформ при родах. В кн.: Протоколы заседаний Кавказского медицинского общества, Тифлис, 1869, Протокол № 20, стр. 264—265.
- Фирсова К. П., и Стрёмовская С. И., Анестезия зон Геда при воспалительных процессах и родах, *Казанский медицинский журнал*, 1935, № 7, стр. 854—857.
- Фирсова К. П., Массовое обезболивание родов в Свердловском акушерско-гинекологическом институте. В кн.: Обезболивание родов, Свердловск, 1935, стр. 19—28.
- Фирсова К. П., 1412 случаев обезболенных родов, *Акушерство и гинекология*, 1936, № 8, стр. 936—941.
- Флоринский В. М., Употребление хлороформа при нормальных родах. В кн.: Протоколы заседаний общества русских врачей в СПб за 1867—1868 гг., протокол № 5, стр. 109—111.
- Фой А. М., Новые средства фармакодинамического метода обезболивания родов, *Акушерство и гинекология*, 1936, № 12, стр. 1426—1432.
- Фой А. М., Наркотический метод обезболивания родов, *Советский врачебный журнал*, 1939, № 21, стр. 1019—1028.
- Фой А. М., Застойная гиперемия грудных желез и ареолярное раздражение как способ усиления родовой деятельности, *Акушерство и гинекология*, 1940, № 6, стр. 28—31.
- Фой А. М., Простейший метод родоускорения, *Советский врачебный журнал*, 1941, № 6, стр. 423—426.
- Фой А. М., Клиника обезболивания и ускорения родов, 1941, 165 стр.
- Фой А. М., Текодин в практике родообезболивания, *Акушерство и гинекология*, 1946, № 4, стр. 21.
- Фой А. М., О применении витамина В₁ в акушерстве, *Советская медицина*, 1949, № 2, стр. 25—26.
- Фой А. М., О некоторых новых вариантах фармакодинамического метода обезболивания в родах. В кн.: Обезболивание в родах, Труды конференции в г. Ленинграде 29—31 января 1951 г., М., 1952, стр. 111—116.
- Фой А. М. и Абрамович И. А., Паральдегид как средство родообезболивания, *Советский врачебный журнал*, 1936, № 16, стр. 1219—1223.
- Фой А. М., Аксель Л. М. и Чайковская А. Л., Опыт одновременного обезболивания и ускорения нормальных родов, *Советская медицина*, 1950, № 8, стр. 24—26.

- Ф о й А. М. и В а р ш а в с к и й Ф. И., О некоторых новых вариантах фармакодинамического метода обезболивания в родах. В кн.: Обезболивание и ускорение родов, Новости медицины, М., 1952, в. 30, стр. 35—39.
- Ф о й А. М. и Д у б и н с к и й А. М., Сто случаев применения закиси азота для обезболивания родов, Советский врачебный журнал, 1937, № 9, стр. 669—674.
- Ф о й А. М. и К а н ц е п о л ь с к и й С. А., Родообезболивание как типичное мероприятие при нормальных родах, Акушерство и гинекология, 1936, № 4, стр. 382—390.
- Ф о й А. М. и К а ч ц е п о л ь с к и й С. А., К вопросу об обезболивании родов в периоде изгнания, Акушерство и гинекология, 1936, № 7, стр. 808—814.
- Ф о й А. М. и Л е в и т Л. М., Некоторые новейшие наркотические средства в практике обезболивания родов, Акушерство и гинекология, 1938, № 12, стр. 63—69.
- Ф о й А. М. и Л е в и т Л. М., Обезболивание родов внутривенными инъекциями новокаина, Акушерство и гинекология, 1939, № 9, стр. 25—26.
- Ф о й А. М. и Л е г о с т е в Б. И., О некоторых методах повышения эффективности обезболивания родов, Советская медицина, 1953, № 4, стр. 29—31.
- Ф о й А. М. и Л и в ш и ц Д. М. В кн.: Иод-паста Розенталя как средство родообезболивания. В кн.: Сборник научных работ Красноярского медицинского института, Красноярск, 1946, стр. 126—130.
- Ф о р м о з о в И. Ф., Обезболивание послеродовых сокращений матки синим светом, Акушерство и гинекология, 1936, № 5, стр. 515—518.
- Ф р а й м а н С. А. и К и с е л е в И. Г., Морфин и пантопон с сернокислой магнезией при обезболивании родов, Акушерство и гинекология, 1938, № 9, стр. 19—22.
- Ф у д е л ь-О с и п о в а С. И. и В ы с о ц к а я Ю., Газообмен при родах, обезболенных пантопоном и сернокислой магнезией, Акушерство и гинекология, 1940, № 10, стр. 26—29.
- Ф у к с Э. Е., Роль консультации в проблеме обезболивания родов, Сборник трудов по обезболиванию родов, Днепропетровск, 1936, стр. 39—40.
- Х а л а ф о в С. И., Закись азота при родах, Врач, 1898, № 39 стр. 1126—1127.
- Х а с к и н С. Г., Материалы к изучению клиники обезболивания родов, Сборник научных трудов Центрального научно-исследовательского акушерско-гинекологического института, Л., 1940, т. VI, стр. 239—259.
- Х а с к и н С. Г., Л и х о д а е в а Л. Л. и М а т в е е в а О. Ф., Болеутоление и стимуляция родов электрофорезом. Обезболивание в родах, Труды конференции в г. Ленинграде 29—31 января 1951 г., 1952, стр. 141—148.
- Х е н к и н а-Г р и н ш т е й н Л. Л., О методах стимуляции родовой деятельности. В кн.: Вопросы акушерства и гинекологии, Новости медицины, М., 1950, в. 16, стр. 21—27.
- Х е с и н а М. Л. и Г р е й б о А. Д., Обезболивание родов закисью азота, Акушерство и гинекология, 1939, № 6, стр. 45—47.

- Хмельевский В. Н., Обезболивание родов анестезией зон Гада и промежности 5% раствором глюкозы, Акушерство и гинекология, 1936, № 6, стр. 678—685.
- Цветков И. Т., К обезболиванию родов по методу прямого словесного внушения без предварительной дородовой психотерапевтической подготовки, Акушерство и гинекология, 1941, № 1, стр. 32—36.
- Цырульников М. Л., Влияние обезболивающих средств на сократительную деятельность матки крольчихи, Акушерство и гинекология, 1939, № 9, стр. 12—16.
- Чайковский В. К., К физиологии действия фолликулина на беременную матку, Журнал акушерства и женских болезней, 1932, т. XLIII, № 1, стр. 22—24.
- Чайковский В. К., Применение тимола и приоктанина для обезболивания родов, Акушерство и гинекология, 1936, № 9, стр. 1059—1060.
- Черепашин Г. К., Обезболивание родов в акушерско-гинекологической клинике Горьковского мединститута. В кн.: Сборник докладов на юбилейной сессии Горьковского медицинского института имени С. М. Кирова, 1920—XX—1940, Горький, 1941, стр. 208—219.
- Чернов В. М., Родовая боль и психопрофилактика болей в родах в свете учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности, Акушерство и гинекология, 1952, № 1, стр. 3—10.
- Черняк Б. М., Беляев Е. И., Обезболивание родов местной интрадермальной анестезией, Акушерство и гинекология, 1936, № 11, стр. 1289—1296.
- Черток Р. А., Влияние обезболивающих веществ на сократительную способность матки, Акушерство и гинекология, 1937, № 7, стр. 34—39.
- Черток Р. А., Обезболивание родов внутривенными инъекциями антипирина — пантопона, Советский врачебный журнал, 1936, № 23, стр. 1786—1788.
- Черток Р. А., Обезболивание родов. В кн.: Торжество материнства, Материалы II Воронежского областного акушерского съезда, Воронеж, 1936, стр. 17—31.
- Чистяков Н. Е., К вопросу о методике массового обезболивания родов, Акушерство и гинекология, 1936, № 9, стр. 1044—1051.
- Чунихин П. Н., Бромэтил в акушерской практике, Врач, 1885, № 30, стр. 491—494.
- Шапиро Н. Д. и Ахтеров Б. Л., Опыт применения анестезии срамного нерва в акушерстве, Акушерство и гинекология, 1940, № 9, стр. 20—21.
- Шерстобитова П. М., Течение послеродового периода при обезболивании. В кн.: Вопросы акушерства и гинекологии Труды Ростовского областного института охраны материнства и младенчества, Ростов-на-Дону, 1949, стр. 60—64.
- Шишкова В. Н., Бронштейн Р. М., Иванова Е. И., Никулин П. П., Психопрофилактическое обезболивание в родах. В кн.: Обезболивание в родах, Труды конференции в г. Ленинграде 29—31 января 1951 г., М., 1952, стр. 54—60.

- Ш и ш к о в а В. Н. и Д а р о н Д., Ведущий метод обезболивания родов, Медицинский работник, 1951, № 9 (925) от 18 февраля.
- Ш к л я р с к и й, Практическое наблюдение над употреблением хлороформа при родах. В кн.: Труды Общества русских врачей, СПб, 1854, стр. 263—270.
- Ш л и ф е р Р. Я., К словесному обезболиванию родового акта. В кн.: Психотерапия (Труды Украинского психоневрологического института, т. XIV), Харьков, 1930, стр. 307—318.
- Ш м у н д а к Д. Е., К методике обезболивания родов. В кн.: Сборник трудов по обезболиванию родов, Днепропетровск, 1936, стр. 16—25.
- Ш м у н д а к Д. Е., Обезболивание родов ненаркотическими комбинированными препаратами, Акушерство и гинекология, 1936, № 11, стр. 1285—1288.
- Ш у б Р. Л., Способ физиологического обезболивания и ускорения родов, Акушерство и гинекология, 1946, № 4, стр. 16—20.
- Ш у б Р. Л., Применение витамина В₁ в акушерстве и гинекологии. Способ физиологического обезболивания и ускорения родов. Л., 1946, 84 стр.
- Ш у б Р. Л., Влияние витамина В₁ на сокращение матки, кровяное давление и дыхание животных. Сборник научных трудов Центрального научно-исследовательского акушерско-гинекологического института, Л., 1947, т. X, стр. 95—102.
- Ш у с с е р Л. А. и Б е к к е р С. М., Обезболивание родов закисью азота. В кн.: Сборник научных трудов Центрального научно-исследовательского акушерско-гинекологического института, Л., 1940, т. VI, стр. 127—162.
- Ш у с с е р Л. А. и К а п л у н Э. М., Влияние некоторых фармако средств, применяемых при обезболивании родов, на сосуды изолированной плаценты человека. В кн.: Сборник научных трудов Центрального научно-исследовательского акушерско-гинекологического института, Л., 1939, т. V, стр. 213—224.
- Э р б ш т е й н К., О закиси азота. В кн.: Протокол очередного заседания Виленского медицинского общества, Вильна, 1887, № 5, стр. 107—123.
- Э с т р и н А. Л., К вопросу об обезболивании родов гексеналом, Акушерство и гинекология, 1940, № 10, стр. 33—35.
- Я в е л ь б е р г Г. И., К вопросу изыскания новых препаратов, обезболивающих роды, Акушерство и гинекология, 1937, № 11, стр. 87—92.
- Я в е л ь б е р г Г. И., Новые препараты, обезболивающие роды: верахин-магний и люмидон-магний, Фармация и фармакология, 1937, № 5—6, стр. 44—47.
- Я г у н о в С. А. и С т а р ц е в а Л. Н., Опыт применения графической регистрации поведения роженицы для учета эффективности обезболивания в родах, Сборник научных трудов Центрального научно-исследовательского акушерско-гинекологического института, Л., 1939, т. V, стр. 81—100.
- Я к о в л е в И. И., Электрический наркоз, Сборник научных трудов Центрального научно-исследовательского акушерско-гинекологического института, Л., 1939, т. V, стр. 101—113.

- Яковлев И. И. и Петров В. А., О хроноаксиметрии как методе объективного учета при обезболивании родов, Сборник научных трудов Центрального научно-исследовательского акушерско-гинекологического института, Л., 1939, т. V, стр. 125—139.
- Яковлев И. И. и Петров В. А., Об учете эффективности обезболивания родов закисью азота, Сборник научных трудов Центрального научно-исследовательского акушерско-гинекологического института, Л., 1940, т. VI, стр. 163—175.
- Янкелевич Е. Я., Обезболивание родов перноктоном, Сборник трудов по обезболиванию родов, Днепропетровск, 1936, стр. 33—38.
-

akusher-lib.ru

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	5
Глава I	
Краткий исторический очерк научного обезболивания родов в нашей стране	10
Глава II	
Теоретические основы обезболивания родов	17
Причины наступления родов	17
Природа родовой боли	27
Осуществимость задачи обезболивания родов	32
Глава III	
Метод психопрофилактики родовых болей	36
Теоретическое обоснование метода	36
Дородовая подготовка в женской консультации	41
Организация психопрофилактики родовых болей в стационаре	45
Сочетанное применение метода психопрофилактики родовых болей с гипносуггестивными приемами или с фармакологическими болеутоляющими средствами	48
Первые итоги применения психопрофилактического метода и оценка его советскими акушерами	51
Глава IV	
Фармакодинамический метод обезболивания родов	54
Особенности фармакодинамического метода обезболивания родов	54
Комбинированное применение средств фармакодинамического метода	55
Допустимо ли применение в родах препаратов, вызывающих сон или дремотное состояние	56
Необходимые требования к средствам фармакодинамического метода обезболивания родов	58
Глава V	
Наиболее распространенные средства и их сочетания для фармакодинамического метода обезболивания родов	61
Морфин	61
Пантопон	62

Комбинированное применение морфина или пантопона с сернокислым магнием	63
Лидол	65
Текодин	69
Комбинированное применение лидола и текодина	71
Комбинированное применение стрептоцида и текодина	74
Комбинированное применение текодина и сернокислого магния	75
Жаропонижающие средства	76
Атропин	78
Паральдегид	79
Закись азота	81
Ингалиционный перемежающийся эфирный наркоз в периоде изгнания	82
Обезболивание второго периода родов путем местной анестезии	85
Обезболивание родов карандашом Кипарского и пастой Розенталя	89
Место фармакодинамического метода в практике обезболивания родов	91

Глава VI

Некоторые организационные мероприятия, повышающие эффективность обезболивания родов	93
---	----

Глава VII

Профилактика внутриутробной асфиксии плода	98
--	----

Глава VIII

Ускорение нормальных родов	101
Вскрытие плодного пузыря как средство ускорения родов	103
Ускорение родов медикаментозными средствами	105

Глава IX

Слабость родовой деятельности и борьба с этой патологией	110
Слабость родовой деятельности, связанная с применением болеутоляющих средств во время родов	113
Основные методы борьбы со слабостью родовой деятельности	115

Глава X

Рациональные схемы обезболивания родов средствами фармакодинамического метода	122
Обезболивание родов в родильных учреждениях, обеспеченных круглосуточным дежурством врача	122
Обезболивание родов в родильных учреждениях, не имеющих дежурного врача	131

Обезболивание родов в родильных учреждениях, обеспеченных быстрой явкой врача	132
Показания и противопоказания к применению медикаментозных средств для обезболивания родов . .	132
Оценка эффективности обезболивания родов	134
Приложение. Временная инструкция по методике психопрофилактики болей в родах	136
I. Введение	136
II. Организация и методика психопрофилактической подготовки беременных в консультации	137
III. Организация и методика психопрофилактики родовых болей в стационаре родильного дома	140
IV. Наставления по комплексной оценке результатов применения метода психопрофилактики болей в родах	142
Литература	145
