

УДК 61:1. 76.01.09

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ

Долженко Елизавета Сергеевна, Косицина Екатерина Константиновна.

Долженко Е.С., Косицина Е.К.

Белгородский государственный национальный исследовательский университет, (308015, Белгород, ул. Победы, 85), e-mail: 1056440@bsu.edu.ru , 1044003@bsu.edu.ru.

В данной статье рассмотрена история возникновения обезболивания родов, основные этапы и ключевые моменты развития обезболивания в акушерстве, отмечена роль отдельных лиц в становлении акушерской анестезиологии, представлены сведения о лекарственных средствах, используемых для обезболивания родов с древних времен до настоящего времени. Рассмотрена эволюция методов проведения обезболивания. Рассмотрен вопрос целесообразности проведения анестезии в родах возникший в связи с тем, что для женщины рождение ребенка через естественные родовые пути является физиологическим процессом, самостоятельно регулируемым организмом. Особое внимание уделено моральной составляющей проблемы обезболивания родов, рассмотрены религиозные причины, долгое время мешавшие развитию этой важнейшей области медицины. Освещена проблема долгого отвержения общественностью и научным медицинским сообществом идеи обезболивания родов. Рассмотрено влияние проводимой анестезии на плод. Подробно освещено возникновение и развитие важнейшего современного метода обезболивания родов – интратекальной анестезии, развитие её модификаций от момента появления до настоящего времени. Отмечено, что в XX веке были разработаны совершенно новые методы регионарной анестезии: пудендальная, цервикальная, паравертебральная блокада. Прогресс наблюдался и в развитии нейроаксиальных методов, появились новые способы интратекального введения анальгетиков: каудальная и эпидуральная блокада. С начала 60-х гг. XX в. метод эпидуральной анестезии в акушерстве стал ведущим и находится в постоянном развитии. Отдельное внимание уделено роли советских учёных в развитии акушерской анестезиологии, не только в России, но и в мире. Освещено текущее состояние вопроса обезболивания родов в современном акушерстве.

Ключевые слова: роды, боль, обезболивание, анестезия.

THE HISTORY OF DEVELOPMENT OF OBESITY OF ACCOUCHEMENT

Dolzhenko Elizaveta Sergeevna, Kositsina Ekaterina Konstantinovna.

Dolzhenko E.S., Kositsina E.K.

Belgorod State National Research University, (308015, Belgorod, Pobedy St., 85), e-mail: 1056440@bsu.edu.ru , 1044003@bsu.edu.ru.

In this article the history of the onset of birth anesthesia, the main stages and key moments of the development of anesthesia in obstetrics, the role of individuals in the development of obstetric anesthesiology, information on drugs used to anaesthetize births from ancient times to the present time. The evolution of methods of anesthesia is considered. The question of the expediency of conducting anesthesia in childbirth has arisen because of the fact that for a woman the birth of a child through natural birth canals is a physiological process, independently regulated by the body. Particular attention is paid to the moral component of the problem of anesthesia of childbirth, religious reasons that have hampered the development of this important field of medicine for a long time. The problem of long rejection by the public and scientific medical community of the idea of anesthesia of childbirth is highlighted. The effect of anesthesia on the fetus is examined. The appearance and development of the most important modern method of anesthesia of labor - intrathecal anesthesia, the development of its modifications from the time of appearance and present time is described in detail. Special attention is paid to the role of Soviet scientists in the development of obstetric anesthesiology, not only in Russia, but also in the world. The current state of the question of anesthetization of labor in modern obstetrics is highlighted.

Key words: accouchement, pain, anesthesia, anesthesia.

Несмотря на то, что роды являются естественным, физиологическим процессом, они сопровождаются выраженными болевыми ощущениями. Степень их проявления зависит от множества факторов, таких как состояние плода и матери во время гестации и родоразрешения, а также уровня болевого порога самой роженицы.

Сильная, нестерпимая боль во время родов может привести к аномалиям родовой деятельности, что, в свою очередь, может губительным образом сказаться на состоянии матери и плода. Поэтому одной из задач современного акушерства является адекватное обезболивание родов.

Но, к сожалению, первое серьезное достижение в акушерской анестезиологии было сделано только в XIX в. До этого момента история обезболивания родов имела очень длительный и драматический путь развития.

Первые попытки обезболивания родов были осуществлены еще в древние времена. В Древнем Египте комнаты, в которых рожали богатые горожанки, окуривали опиатами. В Древнем Риме женщинам во время схваток предлагали выпить спиртовые растворы или

маковые отвары. Другие развитые древние культуры использовали гипноз, заклинания и заговоры, талисманы [2].

В Средние Века, во времена господства религии над всеми социальными сферами, церковь была главным противником обезболивания родов. Одним из главных ее аргументов были строки из Библии: «В муках будешь рожать ты детей своих». Стоит отметить, что средневековые священники пользовались правом трактовать Священное Писание на собственный манер. Современными учеными-библиографами при анализе еврейских первоисточников было установлено, что еврейское слово «etzev», которое было использовано в цитате выше, имеет перевод «труд, усилие». Но в изложении средневековых священнослужителей это слово имело значение «мука». По мнению церкви, женщина в родах с помощью боли «избавлялась от всех своих грехов». К тому же в средневековье профессия лекаря не была признана вовсе, так как считалось, что только Бог имеет право управлять жизнью, в том числе и здоровьем, человека. Но, несмотря на существовавшие запреты, лекари предпринимали попытки помочь женщинам в родах. В их арсенал, помимо психологической помощи, входили экстракты опийного мака, конопли и спиртовые настойки.

Исследования в области акушерской анестезиологии начали появляться только в конце XVIII – начале XIX вв. Настоящую революцию в этой области совершил сэр Джеймс Янг Симпсон (1811-1870), который 19 января 1847 г. предпринял успешную попытку обезболивания родов с помощью эфирного наркоза. 8 ноября 1847г. он успешно применил хлороформ в этих же целях. К удивлению самого Дж. Симпсона, общественность критически отнеслась к результатам его исследования. Одной из причин являлась агрессивная реакция религиозных деятелей, которые ссылались на цитату из Священного Писания: «В муках будешь рожать детей своих». В ответ на это Симпсон назвал Бога первым анестезиологом, потому что тот усыпил Адама перед сотворением Евы. В научных кругах его методика также не встретила поддержки, так как патологическое влияние хлороформа и эфиров на здоровье матери и плода изучено не было [1].

Признание использования анестетиков в акушерстве пришло спустя 10 лет. За это время было накоплено много эмпирических данных, которые подтверждали безопасность использования эфирного наркоза. К тому же расположение общественности было получено благодаря тому факту, что анестезиолог Джон Сноу провел обезболивание родов хлороформом самой королеве Англии Виктории.

Во второй половине XIX в. движение суфражисток добилось изменения подхода к акушерской практике. Приветствовались роды в госпитале под присмотром врача-акушера, обезболивание родов, возможность оперативного разрешения влагилищных родов. К началу

XX анестезия родов проводилась, но в довольно нечасто. Причиной были необходимость ведения таких родов высококвалифицированного персонала и частота летальных исходов, которые связывали с применением хлороформа. В сложившихся условиях логичным развитием анестезиологической практики в акушерстве была разработка менее опасных методов регионарной анестезии [3].

В 1880 г наш соотечественник, военный хирург Станислав Сигизмунд Кликович впервые использовал для обезболивания родов закись азота, но широкого применения метод не получил, так как газ был весьма дорогостоящим и должного технического оснащения для проведения ингаляционного наркоза Россия не имела.

Анестезиологи совместно с акушерами разработали более простой в применение методы обезболивания: спинномозговую анестезию и «сумеречный сон» (в дальнейшем послужил основой для разработки «лечебного-акушерского сна»). В тот период спинномозговая анестезия представляла из себя комбинацию субтерапевтических доз морфия и скопаламина, вводимую под оболочки спинного мозга. После проведения такой процедуры роженицы отмечали значительное снижение болевых ощущений и амнезию.

Следующим этапом развития спинномозговой анестезии было первое в истории успешное применение Оскаром Крайсом 8 июня 1900 г кокаина, введенного интратекальным способом, с целью обезболивания родов. В своем исследовании Крайс утверждал, что кокаин не оказывает отрицательного действия на сократительную способность матки, хотя признавал, что он приводит к снижению силы потуг во 2 периоде родов у некоторых пациенток. Медицинская общественность не могла согласиться с ним, так как ведущим механизмом регулирования родовой деятельности в ту эпоху считался неврогенный механизм. Врачи опасались, что подавляя ЦНС кокаин может привести к значительному ослаблению родовой деятельности, вплоть до полной атонии матки, в связи с этим метод не получил должного признания. После значительных достижений в области эндокринологии и физиологии была установлена главенствующая роль гормонов в регуляции родовой деятельности и сократительной способности матки во время родов, также было выявлено прямое супрессирующее действие опиоидов на миометрий.

Параллельно исследованием возможностей применения кокаина с целью обезболивания родов занимался Уильям Риджи Стоун, в его практике к 1902 году было 35 случаев успешного применения метода интратекального введения кокаина роженицам. Возможности применения опиоидов в акушерстве не исчерпывались лишь обезболиванием естественных родов. В 1901 году в Англии и в 1902 г в США кокаин был применен при операциях кесарева сечения.

В связи с несовершенством пункционных игл интратекальная анестезия нередко приводила к таким осложнениям как: постпункционные головные боли, тошнота и рвота.

В XX веке были разработаны совершенно новые методы регионарной анестезии: пудендальная, цервикальная, паравертебральная блокада. Прогресс наблюдался и в развитии нейроаксиальных методов, появились новые способы интратекального введения анальгетиков: каудальная и эпидуральная блокада. На открытие метода каудальной блокады в 1901 г претендовали одновременно два выдающихся врача: Фернанд Кателин и Жан Сикар. Они представили свои доклады научному сообществу с разницей в неделю. В последствии работа Кателина была признана более полной и исчерпывающей. Новый виток развитию анестезиологии дал испанский военный хирург Фидель Пейджез в 1921 г, он впервые применил метод поясничной эпидуральной анестезии, он назвал его «метамерическая анестезия». Пейджез трагически погиб через два года с момента своего открытия, его работа не была переведена с испанского и была скрыта от медицинской общественности последующие 10 лет.

В 1933 г. Итальянец Доглиотти воскресил идею испанского хирурга. Он подробно осветил анатомию эпидурального пространства и ввел в практику современный метод введения пункционной иглы «метод утраты сопротивления». Доглиотти заслуженно признан отцом современной эпидуральной анестезии.

Еуджен Абуфель является основоположником метода длительной эпидуральной блокады. Он впервые осуществил ее путём введения шелкового мочеточникового катетера в эпидуральное пространство.

Актуальность темы обезболивания родов в 20 веке была обусловлена широкой распространённостью в акушерской практике активного ведения родов и связанного с этим наложения акушерских щипцов. В 30–40 гг. двадцатого столетия акушерство пришло к выводу, что излишняя моторная блокада мышц тазового дна действительно значительно снижала силу потуг, было принято решение вернуться к методикам естественного родоразрешения.

Такое решение было обусловлено тем, что главенствующее в XIX в. мнение о том, что родовая боль это физиологическое явление, имеющее регулирующую функцию, физиологическое, психологическое и социальное значение стало широко освещаться в современной научной литературе. Считалось, что боль является одной из основ формирования связи мать-ребенок. Периодически аргументы в пользу данного мнения публикуются в научно-популярной литературе и в наши дни.

Новый этап в развитии акушерской анестезиологии начался лишь в 1952 году, когда Вирджиния Апгар презентовала на XXVII ежегодном конгрессе анестезиологов собственную

систему оценки физикального статуса новорожденного в первые минуты жизни. Её система оценки позволила анестезиологам подробно изучить влияние анестезия в родах на состояние плода.

Огромному прогрессу в осознании общественностью необходимости проведения обезболивания родов способствовали заявления Папы Римского Пия XII в 1956 и 1957 гг. в которых он признавал, что женщина вовсе не обязана терпеть родовую боль, на чем настаивали все предшествующие католические лидеры. Он опроверг главный аргумент религиозных противников обезболивания родов «в муках будешь рожать детей своих».

С начала 60-х гг. XX метод эпидуральной анестезии в акушерстве стал ведущим и находится в постоянном развитии. Выделяют три ведущих направления исследований в этой области: 1) поиск местного анестетика, оказывающего минимальное влияние на состояние плода и родовую деятельность 2) поиск оптимальной методики применения местных анестетиков 3) разработка более совершенных и безопасных принадлежностей, необходимых для осуществления пункции и катетеризации эпидурального пространства.

Особое внимание следует уделить модификации эпидурального обезболивания родов в XX-XXI веках. Одним из родоначальников этого направления анестезиологии является Роберт Эндрю Хингсон, его вклад в развитие метода был весомым, но он слишком высокие дозы анестетиков, в связи с чем частым явлением были такие осложнения, как артериальная гипотония и избыточная моторная блокада. Хингсон первым в США применил лидокаин (1949 г.) и является изобретателем безигольного инъектора. В последствии Джон Джозеф Боника, автор первого учебника по акушерской анестезиологии уменьшил дозу лидокаина, предлагаемую Хингсоном и добился значительного снижения доли осложнений. С. М. Шнайдера спустя 20 лет после разработки Хингса, также рекомендовал снижение уже не только дозы, но и концентрации лидокаина. В дальнейшем постоянно велся поиск наиболее адекватных способов обезболивания родов, который привел к дальнейшей эволюции метода эпидуральной анальгезии от болюсного введения местных анестетиков до разработки новых модификаций эпидуральной анальгезии – постоянная эпидуральная инфузионная анальгезия и эпидуральная анальгезия, контролируемая пациенткой.

Постепенное снижение дозы анестетика привело к тому, что показателем критерием качественно проведенного обезболивания родов стало умение проводить эпидуральную анальгезию так, чтобы роженица могла вставать с кровати и активно передвигаться. Так родилась идея нового подхода к эпидуральной анестезии родов – «подвижность в родах. Наибольший интерес в наши дни проявляется и к спинальной анальгезии родов и к комбинированной спинально-эпидуральной анальгезии [4,5].

В настоящее время признано «право» женщины на обезболивание родов, то есть доступность каждой женщине эпидуральной анальгезии, а не просто возможность получить какую-либо из форм обезболивания родов.

Список литературы

1. Белобородов А.И. Обезболивание в родах: от давних времен до наших дней, электроанальгезия / А.И. Белобородов, М.А. Карпенко // Вестник Совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. – 2016. – Т.3 №15. – с. 118-120.
2. Вишневская Е.Е. Применение суггестивных методов, в том числе гипнотерапии, в акушерской практике // Журнал акушерства и женских болезней. – 2017. – Т. 66. – № 5. – С. 7–10.
3. Шифман Е.М. Эволюция теории и практики обезболивания родов // Регионарная анестезия и лечение острой боли. – 2008. – Т.2. №4. – с.43-52.
4. Chestnut D. H. Obstetric anesthesia: principles and practice/ Chestnut D.H. // St Louis: Mosby, 1999; 360–408p.
5. Shnider S. M. Anesthesia for obstetrics / Shnider S. M.//2nd ed. Baltimore:Williams and Wilkins, 1987; 65–66p.