

8 ч. 41 м., 2-й период родов: у первородящих—0 ч. 52 м., у повторнородящих—0 ч. 23 м., 3-й период родов: у первородящих—0 ч. 49 м., у повторнородящих—0 ч. 52 м.¹⁾.

Потеря крови при пудендальной анестезии была в послеродовом периоде на нашем материале в пределах нормы за исключением 1% случаев (800 куб. см у первородящей).

Послед отходил во всех случаях самостоятельно. Послеродовой период протекал нормально.

Мертворождений не было. Асфиксия синюшная отмечена в 2% случаев, в одном случае обвитие пуповины вокруг шейки плода—1 раз, во втором случае—6 раз.

Все дети рождались с громким криком, были активные, подвижные, в последующем хорошо сосали. Общее состояние детей в момент родов, тотчас после родов и в послеродовом периоде до выписки от нормы не уклонялось.

Выводы: 1. Обезболивание родов при помощи блокировки пудендальных нервов безопасно для матери и ребенка.

2. Только в одной трети случаев метод изолированной блокады пудендальных нервов оказывается недостаточно эффективным.

3. Принимая во внимание общие хорошие результаты метода блокады пудендальных нервов, выражающиеся в достижении почти полного обезболивания в 63% случаев (как для первородящих, так и для повторнородящих), мы можем рекомендовать ознaченный метод обезболивания для второго периода родов.

Поступила 27/II 1937.

Из акушерско-гинекологической клиники Ижевского мед. института
(зав. проф. Н. Н. Чукалов).

К вопросу о методах обезболивания при операциях искусственного аборта.

А. А. Калинкина.

Вопросам обезболивания при операциях аборта посвящено много работ, и выработан уже ряд практических методов обезболивания.

Рекомендованные некоторыми авторами (Брауде, Какушкин) методы общего наркоза при операции искусственного аборта могут быть нередко прямо противопоказанными, например, в связи с тяжелыми заболеваниями сердечно-сосудистой системы и т. п.

Опасности общего, в особенности хлороформного наркоза, хорошо известны и остаются налицо, как бы операция в отдельных случаях ни была кратковременна.

Среди других способов обезболивания при операции искусственного аборта нам известны: параметральная анестезия по

¹⁾ Вообще в нашей клинике принят выжидательный метод ведения 3-го периода родов, метод Кредэ применяется только по показаниям.

Геллерт - Тимофееву, параметрально-шеечная по Варшавскому, обезбоживание морфием по Здравомыслову, пантопоном по Грейбо.

Мы поставили себе целью проверить эти методы на собственном материале, кроме того, мы поставили себе задачу опробовать *изолированную* инфильтрационную анестезию только *в шейку матки*, без каких-либо дополнительных методов обезбоживания.

Всего по всем методам обезбоживания нами произведено 500 операций искусственного аборта. Из них методом параметральной анестезии—100, под морфийным обезбоживанием—100, с пантопонным обезбоживанием—200 и изолированно—в шейку матки—100.

Техника параметральной анестезии у нас заключалась в следующем: $\frac{1}{4}\%$ раствор (свежеприготовленного аптечного стерильного на Aq. destillata) новокаина в количестве 60 куб. см вводился с каждой стороны в клетчатку при помощи вкола иглы на границе бокового и заднего сводов влагалища в направлении (иглы) dorso-краниомедиально (к plexus cervicalis) и в стороны, на глубину около 2 см.

Материалы и результаты параметральной анестезии наших больных представляются в следующем виде:

По возрасту: до 25 лет—31%, от 25 до 30 лет—30%, от 30 до 40 лет—35% и от 40 до 45 лет—4%. Нерожавших—4%, однократно рожавших—28%, многократно рожавших—68%. Аборт в первый раз был в 43%, повторно—57%. Сроки беременности до 6 недель—44%, до 2 мес.—33%, до 3 мес.—23%.

Операция начиналась от момента обоестороннего введения новокаина в первой серии (29 случаев) через 7 минут, во второй серии (43 случая)—через 10 мин., в третьей (28 случаев)—через 15 минут.

Первая серия дала следующие результаты. Полное обезбоживание получилось в 20,7%, в 48,3% больные отмечали боли в слабой степени; в 31% случаев больные жаловались на сильные боли во все время производства операции.

Во второй серии полное обезбоживание получено в 53,4%, в 37,2% больные отмечали боли в слабой степени, без результата—9,4%.

Третья серия дала полное обезбоживание в 100% случаев.

Сопутствующие осложнения при анестезии в параметральную клетчатку наблюдались в 8% (тошнота—4%, рвота—3%, головные боли—1%).

Повышения температуры, связанного только с самой операцией, мы не наблюдали.

Сокращение матки во время операции и в послеоперационном периоде особых отклонений от нормы не имело.

Сильное кровотечение при параметральной анестезии имело место в 6% нашего материала.

Таким образом, *полное обезбоживание* при операции искусственного аборта при параметральной анестезии наступает не тотчас же после начала инъецирования, а лишь спустя *15 минут* после введения анестезирующего раствора.

Обезболивание морфием произведено нами в 100 операциях искусственного аборта. Техника обезболивания заключалась в следующем. За 20 минут до начала операции оперируемой вводился подкожно 1% раствор Morphii purificati в среднем 1 куб. см или несколько больше (до 1,5 куб. см в зависимости от веса, роста и общего состояния больной).

Материалы морфийного обезболивания таковы: по возрасту: до 25 лет—23%, от 25 до 30 лет—35%, от 30 до 40 лет—39%, от 40 до 45 лет—3%. Нерожавших не было, однократно рожавших—34%, многократно рожавших—66%. Первично подвергавшихся аборту было 51%, повторно—49%.

Сроки беременности: до 6 недель—32%, до 2 месяцев—41% и до 3 месяцев—27%.

Результаты: полное обезболивание получилось в 18%, в 73% больные ощущали слабые боли, без результата—9%, т. е. больные жаловались на сильные боли во время операции.

Сильное кровотечение во время операции встретилось в 12%. Сокращение матки после операции вялое было в 10% случаев.

Сопутствующие осложнения при морфийном наркозе: рвота—5%, головокружение и слабость—22%, обморочное состояние—3%. Послеоперационный период в общем и целом протекал нормально.

Таким образом, полное обезболивание при операции искусственного аборта при обезболивании морфием мы получили только в 18%.

По методу обезболивания пантопоном произведено 200 операций искусственного аборта. Техника обезболивания; за 20 минут до начала операции вводился под кожу 1% раствор пантопона, в среднем 1 куб. см или несколько больше (до 1,5 куб. см, в зависимости от веса, роста и общего состояния оперируемой).

По возрасту наши больные распределяются: до 25 лет—31%, от 25 до 30 лет—30%, от 30 до 40 лет—34,5%, от 40 до 45 лет—4,5%.

Нерожавших было—2%, однократно рожавших—25,5%, многократно рожавших—72,5%. Первично подвергшихся аборту было 54%, в 46% аборт произведен повторно.

Сроки беременности: до 6 недель—16,5%, до 2 месяцев—53,5%, до 3 месяцев—30%.

Результаты обезболивания морфием таковы: полное обезболивание наступило в 19,5%, слабые боли наблюдались в 73%, без результата—7,5%, т. е. больные жаловались на сильные боли во время операции.

Сильное кровотечение во время операции имело место в 11,5%. Сокращение матки послеоперационное вялое—в 12%.

Сопровождающие операцию осложнения при обезболивании пантопоном наблюдались в 18,5%, из них: рвота—2%, тошнота—1%, шум в ушах—1%, головокружение и слабость—14,5%. Послеоперационный период протекал нормально.

Полное обезболивание при операции искусственного аборта при пантопном наркозе мы получили только в 19,5%.

Сравнивая результаты трех вышеописанных методов обезболивания при операции искусственного аборта, мы должны отдать предпочтение методу *параметральной анестезии*, давшему наибольший эффект в смысле обезболивания.

Однако мы считаем этот метод далеко не совершенным по следующим соображениям.

1. Полное обезболивание наступает сравнительно поздно после произведенного введения раствора новокаина, а именно, только через 15 минут после введения анестезирующего раствора.

2. Введение анестезирующего раствора происходит без контроля зрения, т. е. в „темную“ в области весьма *ответственной*, так как здесь проходят мочеточники и крупные питающие матку кровеносные сосуды, которые случайно могут быть повреждены при производстве данной анестезии. Это и заставило нас пойти по другому пути, а именно испытать метод *изолированной поверхностной анестезии шейки матки*.

По этому способу нами произведено 100 операций искусственного аборта.

Техника изолированной анестезии в шейку матки заключалась в следующем: шприцем инъецируется 1% раствор новокаина по 5 куб. см в боковые стороны маточной шейки поверхностно с той и другой стороны, то же количество раствора и в переднюю губу влагалищной части на глубину 2—3 см. Кроме того, 10 куб. см того же раствора вводится в заднюю губу шейки матки на глубину 2—2,5 см в дорзо-краниальном направлении.

По возрасту наши больные распределяются: до 25 лет—29%, от 25 до 30 лет—30%, от 30 до 40 лет—37%, от 40 до 45 лет—4%.

Нерожавших было—5%, однократно рожавших—25%, много рожавших—70%. Первично подвергавшихся аборту было—39%, а повторно—61%. Сроки беременности до 6 недель—44%, до 2 месяцев—28%, до 3 месяцев—28%.

Начало производства операции от момента введения новокаина (свежеприготовленного) в первой серии (55 случаев)—через 5 минут, во второй серии (45 случаев)—через 10 мин.

Первая серия дала *полное обезболивание* в 98,2%, слабые боли—в 1,8%.

Во второй серии полное обезболивание наступило в 95,6%, ощущение слабых болей—в 4,4% случаев.

Сопровождающих осложнений при анестезии в шейку матки во время операции *никаких* не наблюдалось, за исключением небольшого головокружения в 5% случаев. Послеоперационное течение протекало нормально.

Выводы 1. Наилучшим методом обезболивания при операции искусственного аборта в первые месяцы беременности мы считаем метод поверхностной анестезии в шейку матки с интервалом от начала анестезии до начала операции в 3—5 минут.

2. Этот метод поверхностной изолированной анестезии шейки матки, как метод обезболивания, не вызвал никаких побочных

явлений и в то же время дал нормальные условия для хирургической работы врача.

3. Техника производства анестезии в шейку матки чрезвычайно проста и может быть применена в любых условиях хирургической практической работы.

Поступила 13/IV 1937.

Из кафедры рентгенологии (зав. М. И. Гольдштейн) Казанского государственного мединститута (директор д-р М. В. Нежданов).

К рентгенокимографии желудка.

М. И. Гольдштейн.

В современной медицине успехи функциональной патологии теснейшим образом связаны с успехами патологической анатомии. Анатомия, изучая формы органа во время его движений, становится по словам Бергманна функциональной анатомией. Естественно, и рентгеносимптоматология пищеварительного аппарата, достигшая за последнее время крупных результатов в распознавании тончайших структурных изменений слизистой, в дальнейшем своем развитии должна была идти по пути объективного изучения функциональной деятельности желудка в норме и патологии. Одно морфологическое изучение желудка без учета моторной его функции является, безусловно, односторонним и недостаточным.

Как известно, изучением движений желудка занимались виднейшие рентгенологи: Ридер, Кэстль, Гольцкнехт, Гредель, Дитлен, Форселл, Колл, Шаул, Рендлик и др.

Рентгеновский метод является наиболее доступным для наблюдения за изменением формы желудка, и нужно прямо сказать, что этому методу мы обязаны теми сведениями, которыми мы в настоящее время располагаем в области моторики желудка.

Еще сравнительно недавно так называемые „косвенные симптомы“, характеризующие изменения в двигательной функции желудка, устанавливаемые на экране, играли большую диагностическую роль. Однако обычное просвечивание оказывается мало пригодным для изучения сложного механизма моторики желудка, т. к., с одной стороны, восприятие простым глазом имеет много элементов субъективизма, а с другой стороны, в силу ограниченных оптических свойств зрительного аппарата, не удается расчленить быстро протекающие фазы движения. Объективное изучение физиологии и патологии движения желудка стало возможным с момента появления первого рентгенокимографа, предложенного Ридером, Кэстлем и Розенталем и усовершенствованного Гределем. Рентгенокимография, позволяющая фиксировать непосредственно следующие друг за другом фазы движения, несмотря на свое несовершенство, выявила много ценных данных.