

3. Продолжительность родов у юных первородящих в подавляющем числе случаев короче, чем у зрелых, родовая деятельность лучше.

4. Послеродовой период протекает гладко без каких-либо серьезных осложнений. Исход родов для матери у всех был благоприятным.

5. Осложнения беременности, родов и послеродового периода легко переносятся юными матерями, и они не имеют серьезного характера.

6. Исход родов доношенных новорожденных отличный, для недоношенных отличается высокой ранней детской смертностью. Смертность недоношенных тем выше, чем меньше их вес при рождении.

7. Вес новорожденных у юных женщин в среднем меньше, чем у зрелых, что положительно влияет на выживаемость новорожденных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Марьянич. Роды у молодых первородящих. Дисс., 1910.
2. Гентер Г. Г. Учебник акушерства, 1937.
3. Теодор Л. Б. и Кондратова М. Н. Тр. Ростовского на Дону мединститута, сб. V, 1939.
4. Штеккель В. Основы акушерства, т. I, 1933.
5. Aznar R., Bennet A. E. Amer. J. Obstet. gynec., 1961, 81.
6. Bartolotti L. Riv. ital. gynecol., 1959, 42.
7. Donnelly I. F. Amer. J. Obstet. gynec., 1960, 80.
8. Lacomme M. Maternité, 1957, 1.
9. Pentti A. I., Kotila Oliva. Ann. chir. et gynecol. Fenn., 1959, 48, 3.
10. Semmens I. P., McGlamory G. C. Obstet. and gynec., 1960, 60, 1.

Поступила 5 сентября 1962 г.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

*Кандидаты мед. наук С. Г. Липманович, Н. И. Казанская,
Л. В. Александрова, А. В. Кашинский*

Акушерско-гинекологическая клиника (зав.—проф. И. И. Яковлев)
1-го Ленинградского медицинского института им. акад. И. П. Павлова

Из методов местной анестезии в акушерско-гинекологических клиниках I ЛМИ применяется проводниковая анестезия. Этот метод в отличие от инфльтрационной анестезии позволяет хирургу работать в пределах неизменных тканей.

Основная задача этого метода анестезии — прервать проводимость чувствительных нервов на их протяжении и этим выключить болевую чувствительность в области операционного поля. Обезболивающий раствор вводится в ткани, окружающие нерв (перинеуральная анестезия).

Перед обезболиванием нами применяется потенцирование по следующей схеме: за час до операции больная получает 1,0 белого стрептоцида внутрь (по Б. И. Лёгостеву) для усиления действия морфина; за 20—30 мин больной вводят внутримышечно 15 мл 25% раствора сернокислой магнезии и под кожу по 1 мл растворов 1% морфина, 0,1% атропина и 10% кофеина (И. И. Яковлев).

Для проведения анестезии мы пользуемся 0,25% водным раствором новокаина; лишь в отдельных случаях, когда заранее рассчитываем на особую длительность и сложность хирургического вмешательства, мы добавляем 0,1% раствора адреналина 16—20 капель на 1—1,5 литра раствора новокаина.

Методика проводниковой анестезии брюшной стенки описана в 1926 г. В. А. Шааком и Л. А. Андреевым, а для гинекологических операций разработана В. С. Фриновским.

В клиниках, руководимых И. И. Яковлевым, применяется проводниковая анестезия по методике В. С. Фриновского, несколько видоизмененной для кесарева сечения С. Г. Липманович. Места инъекции по применяемой нами методике анестезии брюшной стенки изображены на рис. 1.

После предварительного применения обычного, принятого в наших клиниках базис-наркоза роженице дают дышать кислород, а в случае признаков асфиксии плода применяют триаду А. П. Николаева и приступают к анестезии брюшной стенки. Раствор 0,25% новокаина вводят тонкой иглой. Инъекции производятся по линии, очерчивающей овал на передней брюшной стенке. Шприц употребляют емкостью 5—10 мл. Первый укол делают на 2 см ниже мечевидного отростка.

Проколов кожу в направлении, перпендикулярном ее поверхности, предпосылают введение раствора ходу иглы и проводят последнюю под апоневроз, где и опорожняют шприц в подбрюшинной клетчатке. Затем несколько извлекают иглу; но не выводят ее за пределы кожи, а производят (опять предпосылая раствор ходу

иглы) инъекцию в направлении соседнего (следующего) укола по линии обезболивания, а затем также в противоположную сторону. Таким образом, каждый укол включает три инъекции, а каждая инъекция — от 5 до 10 мл раствора новокаина. После первого укола анестезию производят оперирующий и ассистент одновременно симметрично с обеих сторон. Расстояние между уколами — около 6 см. Направление инъекции — по линии обезболивания, которая проходит параллельно реберным дугам к передней аксиллярной линии, затем по ней до уровня передних подвздошных остей, потом параллельно пупартовым связкам и над лоном. Над лоном производят еще дополнительно по направлению к лонной кости 1—2 укола. В уколы, начиная с уровня пупка и ниже, вводят двойное количество раствора новокаина.

При обезболивании брюшной стенки нами производится, как правило, дополнительная анестезия области пупочного кольца. С этой целью под основание последнего вводится 30—40 мл 0,25% раствора новокаина.

Обезболивание получается полное. По вскрытии брюшной полости в некоторых случаях можно дополнительно ввести по 10 мл раствора новокаина в пузырно-маточную складку и в листки париетальной брюшины с обеих сторон.

Абдоминальной анестезии оказывается совершенно достаточно, тем более, что при операциях кесарева сечения матка наружу нами, как правило, не выводится без специальных к тому показаний, и при этом только после ее опорожнения, например, при необходимости ампутации матки, удаления узлов опухоли или производства стерилизации. В подобных случаях, до выведения матки в брюшную рану, необходимо вводить раствор новокаина в связочный аппарат матки.

Наши наблюдения по акушерским чревосечениям представлены в таблице 1.

Случаи, при которых приходилось дополнительно прибегнуть к эфирному наркозу, мы считаем «неудачей» техники обезболивания. На акушерском материале

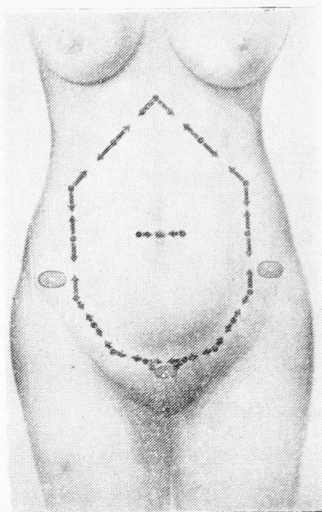


Рис. 1.

Таблица 1

Операция	Число больных	Возраст			Продолжительность операции			Эффективность обезболивания	
		20 л.	30 л.	40 л.	1 час	1 ч. 30 м.	2 часа	полная	частичная
Кесарево сечение . . .	274	98	170	6	189	78	7	237	37
Кесарево сечение со стерилизацией . . .	70	34	36	—	40	29	1	68	2
Кесарево сечение с энуклеацией фиброматозных узлов и стерилизацией . . .	5	—	3	2	—	5	—	4	1
Кесарево сечение с ревизией брюшной полости при илеусе . .	2	1	1	—	—	—	2	2	—
Кесарево сечение + надвлагалищная ампутация матки . . .	2	—	—	2	—	—	2	2	—
Ушивание матки по поводу ее разрыва, с иссечением рубцов и стерилизацией . . .	4	1	3	—	—	4	—	4	—
Малое кесарево сечение со стерилизацией	35	24	11	—	31	4	—	33	2
Всего:	392	158	224	10	260	120	12	350	42 (12 ⁰ /о)

они составляют 12%; за последние годы врачи уже овладели методикой проводниковой анестезии, и поэтому «неудачи» в технике обезболивания составляют лишь 5%. В случаях «неудач», возникающих при проводниковой анестезии, для достижения полного эффекта обезболивания было вполне достаточно применения ингаляционного наркоза с добавлением минимального количества эфира, примерно в количестве 20—40 мл.

В акушерских клиниках широко применяется метод пудендальной анестезии при влагалищных родоразрешающих операциях (щипцы, извлечение плода за тазовый конец и др.) и при операциях зашивания разрывов шейки матки и промежности (с 1952 г.). Парацервикальная анестезия применяется при всех случаях искусственного прерывания беременности. Противопоказания к применению местного обезболивания, естественно, учитываются.

В гинекологических отделениях наших клиник метод местной проводниковой анестезии тоже нашел самое широкое применение.

При проведении пластических операций на промежности, влагалище, шейке матки нами используется метод пресакральной, пудендальной и парацервикальной анестезии. При чревосечениях обязательно производится и абдоминальная анестезия.

Пресакральная анестезия проводится нами по методу А. А. Вишневого. Пальцем руки фиксируется кожа впереди копчика, куда вкалывается длинная тонкая игла. Раствор новокаина предпосылается продвижению иглы и вводится в трех направлениях из одного места укола. Игла при перемене направления подтягивается к коже, но не извлекается! Раствор новокаина вводится по средней линии в количестве 70 мл, а в боковые отделы крестца — по 60 мл.

Пудендальная анестезия проводится нами по методу, описанному Г. И. Довженко. 0,25% раствор новокаина в количестве от 100 до 150 мл вводится в область *cavum ischio-rectale* с обеих сторон; той же иглой, не выводя ее за пределы подкожной клетчатки, дополнительно тот же раствор вводится в количестве 40—60 мл в направлении основания больших половых губ и выше с обеих сторон для обезболивания наружных ветвей срамного нерва.

Для выключения болевой чувствительности матки со стороны околоматочного сплетения, расположенного с обеих сторон между листками широких маточных связок на уровне внутреннего зева, нами применяется парацервикальное введение раствора новокаина через боковые влагалищные своды. Для того, чтобы раствор новокаина проник между листками широких связок, достаточно вводить его в толщу стенок влагалищного свода и не более чем на $\frac{1}{2}$ см в глубину за их пределы. Следующие два укола производятся через задний влагалищный свод в толщу крестцово-маточных связок для блокады висцеральных ветвей крестцовых нервов, идущих к матке.

Если предварительно была произведена пресакральная или парацервикальная анестезия или одновременно та и другая, то после тщательной анестезии передней брюшной стенки (см. рис. 1) вскрытие брюшной полости, введение зеркал и возможность полной ориентации для выработки плана оперативного вмешательства врачу вполне доступны без какой-либо болевой реакции со стороны больной. Потягивание за матку, выведение имеющихся образований со стороны придатков и матки в брюшную рану обычно безболезненны и не представляют затруднений. Придерживая матку, вводят тот же раствор новокаина длинной иглой в круглые связки, пузырно-маточную складку брюшины и в широкие связки; после этого, смещая тело матки кпереди, инъецируют крестцово-маточные связки. Если есть реакция со стороны петель тонкого кишечника, то для полной релаксации последнего следует инъецировать корень брыжейки.

В создании сплошного новокаинового вала по безымянной линии таза, как это предлагает Фриновский, мы не видим необходимости. Блокада верхнего подчревного сплетения в области мыса оказывалась менее необходимой, чем нижнего, а потому применялась нами только в отдельных случаях.

Особенно важно сочетать пресакральную и парацервикальную анестезию с абдоминальной при тугоподвижных образованиях, при интралигаментарно расположенных опухолях придатков матки, при вколоченных в малый таз фиброматозных узлах или при шеечных формах фибромиомы, а также при старых спаечных процессах воспалительного характера.

При легко подвижных небольших образованиях можно ограничиться применением одной абдоминальной анестезии.

Данные о гинекологических операциях под проводниковой анестезией и результаты, характеризующие ее эффективность, представлены в таблице 2.

За последние годы наметилась тенденция к сочетанию местной анестезии с нейроплегическими, ганглиоблокирующими средствами, релаксантами и вдыханием кислорода. Мы полагаем, что релаксанты не следует применять, когда у больной сохранено сознание, и допускаем только в отдельных случаях сочетание местной анестезии с подачей кислорода или небольшого количества закиси азота. В редких случаях неудач обезболивания — добавление эфира (20—40 мл).

В послеоперационной палате состояние больных после местного обезболивания заметно отличается от состояния оперированных под наркозом. Очень редко, только у отдельных лиц наблюдается рвота (до 3%). Акт мочеиспускания после чревосече-

Таблица 2

Операция	Число боль- ных	Возраст		Продолжитель- ность операции			Эффектив- ность обез- боливания	
		до 50 лет	свыше 50 лет	1 час	2 часа	свыше 2 часов	пол- ная	час- тич- ная
Экстирпация матки с придатками	8	3	5	—	7	1	6	2
Надвлагалищная ампутация матки с удалением придатков	37	28	9	4	29	4	34	3
Без удаления придатков	42	37	5	10	32	—	40	2
Удаление придатков матки	78	60	18	42	36	—	72	6
Энуклеация фиброматозных узлов из матки с удалением придатков	15	15	—	5	10	—	13	2
Пластические операции на промежности и во влагалище с одновременной фиксацией матки, стерилизацией, аппендэктомией	29	13	16	—	21	8	28	1
Прочие (перитонит, экстирпация матки через влагалище, ушивание грыжевых отверстий)	4	2	2	—	4	—	4	—
Всего чревосечений	213	158	55	61	139	13	197	16 (7,5%)
Пластические операции на промежности и во влагалище	142	85	57	74	68	—	142	—
Всего	355	243	112	135	207	13	339	16 (4,5%)

ний обычно самопроизвольный. Явлений пареза кишечника нами не наблюдалось. Пневмонии возникли у 7 больных.

Из всех прослеженных нами 605 чревосечений расхождение краев кожи раны в пределах 1—3 швов было 9 раз (1,5%). Каких-либо осложнений, связанных с анестезией, не было. Не было и смертельных исходов, непосредственно связанных с хирургическим вмешательством и применением проводниковой анестезии.

ВЫВОДЫ

1. В сравнении с инфильтрационной анестезией метод проводниковой анестезии требует меньшей затраты времени на осуществление обезболивания; он дает возможность врачу оперировать в пределах тканей, не измененных за счет предшествующего введения в них раствора новокаина.

2. В связи с отсутствием вредного влияния на плод местная проводниковая анестезия должна занять прочное место при хирургическом родоразрешении.

3. Доступность освоения врачами метода местной проводниковой анестезии, безопасность, почти полное отсутствие противопоказаний к ее применению и, наконец, отсутствие послеоперационных осложнений дают полное основание рекомендовать этот метод обезболивания в работе акушерско-гинекологических учреждений.

1. Вишневский А. В. Местное обезболивание по методу ползучего инфильтрата. Собр. трудов, т. IV, М., 1951. — 2 Михайлов В. П. и Терехова А. А. Акуш. и гинек., 1960, 4. — 3. Персианинов Л. С. Местная анестезия по Вишневскому при акуш. и гинекологических операциях. М., 1955. — 4. Покровский В. А. Инфильтр. анест. по мат. А. В. Вишневского в гинекологич. и акушерской практике. Воронеж, 1954. — 5. Тимофеева А. И. Врач. дело, 1928, 19. — 6. Фриновский В. С. Проводник. анест. при гинекол. опер. и опыт ее практ. применения. Дисс., М., 1955; Акуш. и гинек., 1954, 5; 1960, 4. — 7. Шаак В. А. и Андреев Л. А. Местное обезболив. в хирургии. М.—Л., 1928.

Поступила 12 января 1963 г.

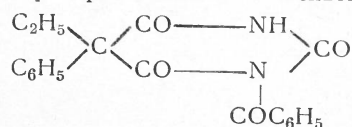
ЛЕЧЕНИЕ ТОКСИКОЗОВ ВТОРОЙ ПОЛОВИНЫ БЕРЕМЕННОСТИ БЕНЗОНАЛОМ

(ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ СООБЩЕНИЕ)

И. Л. Тремба

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.—проф. Б. С. Пойзнер)
Томского медицинского института и кафедра технологии органического синтеза
(зав.—проф. Л. П. Кулев) Томского политехнического института

Для лечения токсикозов второй половины беременности был применен предложенный проф. Л. П. Кулевым препарат бензонал — Benzonalum:



Бензонал-бензоиллюминал 1 (3) — бензоил — 5, 5-фенилэтилбарбитуровая кислота. Белый кристаллический порошок со слабым своеобразным запахом. Растворим в горячем спирте, не растворим в воде.

Экспериментальная апробация бензонала была проведена на кафедре фармакологии (зав.—проф. Е. М. Думенова) Томского медицинского института. После утверждения фармакопейным комитетом бензонал был применен в клинической практике. Бензонал обладает противосудорожным действием.

Препарат назначают внутрь в порошках или таблетках. Разовая доза для взрослых — 0,1—0,25—0,3. Максимальная суточная доза для взрослых — 0,9. Бензонал как профилактическое и лечебное средство был успешно применен при различных формах эпилепсии в клинике нервных болезней (зав.—проф. Н. В. Шубин) Томского мединститута.

При токсикозах второй половины беременности бензонал применялся в порошках по 0,1 4—6 раз в сутки. Наиболее кратковременное применение бензонала — двое суток, наименьшее количество бензонала, давшего гипотензивный эффект, — 0,8. Наиболее длительное применение бензонала — 18 суток (5,4).

Принимали бензонал с гипертензией беременных и рожениц — 16, водянякой беременных и рожениц — 7, нефропатией беременных — 27 женщин.

Из 16 беременных и рожениц, страдавших гипертензией, разрешились в срок живыми детьми 11, преждевременные роды были у одной, запоздалые роды со сроком 43 недели — у двух, две выписаны беременными.

АД снизилось до нормы в первый день у 8 рожениц и одной беременной, во второй день — у одной роженицы и двух беременных, на 3-й день — у 3 беременных.

У беременных и рожениц с водянякой действие бензонала проявлялось в позывах диуреза до 1300—1700 мл в сутки, уменьшении веса. Отеки исчезли на второй день у четырех, на третий день — у трех женщин.

Нефропатия беременных I ст. была у 5. Эффект от лечения полный. II ст. была у 13. Эффект от лечения бензоналом был полным у 11 женщин, у 2 применялось комбинированное лечение (сернокислая магнезия) по схеме, аминазин внутривенно с глюкозой и бензоналом. Комбинированное лечение было начато сразу при поступ-