

РОЛЬ МЕСТНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ В СНИЖЕНИИ МАТЕРИНСКОЙ И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ¹

И. А. Капланский

Родильное отделение Рославльской центральной районной больницы
(главврач — П. Д. Костенко)

Выбор метода обезболивания при кесаревом сечении является наиболее трудной задачей, так как хирургу приходится иметь дело не только с роженицей, но и с плодом. Тот или иной метод обезболивания, применимый для анестезии у роженицы, может оказать отрицательное влияние на плод в связи с тем, что доза наркотического вещества, необходимого для глубокого наркоза роженицы, может оказаться токсической для плода. До последнего времени при производстве кесарева сечения многие акушеры применяли масочный эфирный наркоз. Как указывает Л. С. Персианинов, при масочном эфирном наркозе операция допустима лишь в стадии глубокого наркоза, так как более поверхностные уровни могут сопровождаться рефлекторными реакциями, ларингоспазмом, бронхоспазмом, рвотой и опасностью аспирации желудочного содержимого в дыхательные пути. Глубокий же наркоз у матери вызывает наркотическую депрессию дыхательного центра плода, нарушает его гемодинамику, что приводит к рождению плода в состоянии депрессии, препятствует появлению самостоятельного дыхания (Л. С. Персианинов). Видимо, этим и объясняется высокая перинатальная смертность при производстве кесарева сечения под масочным эфирным наркозом, достигающая, по М. М. Гинзбургу и А. И. Николаевой, 9,58% (4,18% мертворождений и 5,4% смертности новорожденных). По А. Л. Верховскому, при операциях под эфирным наркозом в асфиксии было извлечено 62,1% новорожденных, под спинномозговой анестезией — 47,7%, а под местной — всего лишь 27,6%. По Л. В. Юрьевой, при кесаревом сечении под эфирным наркозом в асфиксии извлечено 18,5% новорожденных, а под местной анестезией — всего лишь 5,89%.

Небезразличен метод анестезии при кесаревом сечении и для роженицы. Так, по тем же данным Л. В. Юрьевой материнская смертность после кесарева сечения, проведенного под спинномозговой анестезией, составила 8,4%, под эфирным наркозом — 5,8%, а под местной анестезией — 3,6%.

Интересные сведения о материнской смертности при кесаревом сечении приводит И. Роте. Из 152 случаев материнской смертности при кесаревом сечении с 1958 по 1962 г. по ряду родовспомогательных учреждений Германской Демократической Республики в 13 случаях (8,6%) причиной смерти была только анестезия (в 7 случаях из 118 умерших при операциях под эфирным наркозом, в 3 случаях из 18 умерших при операциях под интубационным наркозом, в 2 случаях из 7 умерших под спинномозговой анестезией, в 1 случае из единственной операции под изопропилхлоридом). И лишь из 8 умерших женщин при операциях под перидуральной анестезией не было случаев, где причиной смерти была только анестезия.

В последние годы при производстве кесарева сечения некоторые акушеры, особенно в западных странах, стали применять эндотрахеальный наркоз. Влияние этого вида анестезии, особенно на плод, изучено еще не достаточно. Некоторые авторы считают, что тиопентал натрия, являющийся вводимым при эндотрахеальном наркозе, оказывает депрессивное влияние на плод. Небезопасны для плода и миорелаксанты.

По данным Буттерса, на 150 кесаревых сечений, произведенных с 1957 по 1962 г. под интубационным наркозом, перинатальная смертность составила 16% (24 ребенка). Буттерс отмечает, что при интубационном наркозе дети довольно часто извлекаются с явлениями паралича дыхательных мышц. Поэтому он рекомендует иметь наготове набор для интубации новорожденных и аппаратного искусственного дыхания.

Все это свидетельствует о явном преимуществе местной анестезии перед другими видами обезболивания при производстве кесарева сечения. Местная анестезия безопасна для матери и плода, не вызывает тошноты, рвоты, головных болей, как спинномозговая, не требует специального наркотизатора, не понижает сократительной способности матки, что значительно уменьшает кровопотерю при операциях.

Поэтому многие акушеры (П. В. Маненков, Л. С. Персианинов, В. А. Покровский, А. С. Слепых и др.) 80—90% всех кесаревых сечений производят под местной анестезией.

С 1952 по 1965 г. в родильном отделении Рославльской центральной районной больницы, а с 1958 г. — и в родильном отделении Екимовичской районной больницы нами на 12 800 проведенных родов сделано 208 кесаревых сечений, что составляет 1,62% к общему количеству родов. Из них 183 операции (88%) проведены под местной ин-

¹ Доложено на заседании Смоленского научного общества акушеров-гинекологов 4/II 1966 г.

фильтрационной анестезией, а 25 (12%) — под масочным эфирным наркозом. Под эфирным наркозом оперированы лишь роженицы с наличием эклампсии, преэклампсии и явных признаков угрожающего разрыва матки.

Из 183 кесаревых сечений, проведенных под местной анестезией, в 117 случаях она сочеталась с двухсторонней паранефральной блокадой, которая улучшает релаксацию и способствует более глубокой анестезии, так как воздействует на нервные сплетения тазовых органов.

Из 183 рожениц, которым кесарево сечение было проведено под местной анестезией, у 34 оно было повторным.

Умерла одна беременная, переведенная из терапевтического отделения для срочного родоразрешения по жизненным показаниям по поводу недостаточности и стеноза митрального клапана с нарушением кровообращения и пневмонией. Еще до начала операции женщина была в состоянии агонии.

В послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: эндометрит был у трех родильниц, нагноение швов — у двух, паралитический илеус — у одной, парез кишечника — у одной и тромбозомболия — у одной.

Только у 3 женщин снижалось АД во время операции, и у 5 наблюдалась патологическая кровопотеря. Переливание крови было применено у 20 рожениц. Двум роженицам был дан дополнительный эфирный наркоз.

При операциях было извлечено 184 ребенка (одна двойня), в том числе 15 недоношенных. Один ребенок был извлечен мертвым, мацерированным (0,54%). Внутриутробная смерть плода наступила за 6 дней до операции, которая была сделана по жизненным показаниям (центральное предлежание плаценты). Следовательно, редуцированная мертворождаемость составила у нас 0%. Из извлеченных 183 живых новорожденных умерло 4 (2,2%), которые все подлежат редукации. Один ребенок умер от уродства, несовместимого с жизнью, трое — от ателектаза легких при наличии глубокой недоношенности. Операции во всех этих трех случаях проводились по срочным показаниям (сильное кровотечение при центральном предлежании плаценты). Следовательно, редуцированная смертность новорожденных составила у нас также 0%. 18 новорожденных (19%) были извлечены в синей асфиксии I ст., двое — в синей асфиксии II ст. Показанием к операции в обоих случаях было выпадение пуповины при головном предлежании и наличие в результате этого начинающейся асфиксии плода. Оба ребенка были оживлены и выписаны в удовлетворительном состоянии.

Нулевой показатель редуцированной материнской и перинатальной смертности, а также низкий процент новорожденных, извлеченных в состоянии асфиксии, позволяют нам сделать вывод о безопасности местной анестезии для матери и плода и целесообразности проведения кесарева сечения под местной анестезией, несмотря на бурное развитие современной анестезиологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Верховский А. Л. Акуш. и гин., 1965, 3. — 2. Гинзбург М. М. и Николаева А. И. Там же, 1961, 3. — 3. Капланский И. А. Там же, 1959, 2. — 4. Маненков П. В. и Андресен Н. В. Наша техника местной инфильтрационной анестезии. Казань, 1956. — 5. Персианинов Л. С. Акуш. и гин., 1964, 5. — 6. Юрьева Л. В. Там же, 1956, 4. — 7. Butters G. Zbl. Gynäk., 1963, Heft 47, 1675—1482. — 8. Rothe J. Zbl. Gynäk., 1964, Heft 19, 644—652.

УДК 618.176—618.173—618.14—002

ИЗМЕНЕНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ В ПЕРИОД КЛИМАКСА И МЕНОПАУЗЫ

В. А. Захарова

*Г акушерско-гинекологическая клиника (зав. — проф. А. А. Коган)
Ташкентского медицинского института*

Этиология и патогенез маточных кровотечений в период климакса и менопаузы выяснены не полностью. Кровотечения у женщин старше 40 лет часто принято трактовать как «климактерические», а в период менопаузы — как признак ракового поражения матки. Недостаточно освещен вопрос о характере изменений слизистой матки у женщин, страдающих кровотечениями в указанные периоды; различны мнения и относительно частоты поражения матки раком.

Несмотря на проведение мероприятий по профилактике и раннему выявлению раковых поражений, в онкологические учреждения до сих пор еще поступает немало жен-