

КОМБИНИРОВАННЫЙ ЭНДОТРАХЕАЛЬНЫЙ НАРКОЗ ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ У РОЖЕНИЦЫ С ОСТРОЙ ЛЕГОЧНО-СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ¹

B. C. Столярова

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета (зав.—проф. С. С. Добротин)
и кафедра факультетской хирургии (зав.—проф. В. И. Кукош)
Горьковского медицинского института им. С. М. Кирова

Развитие острой легочно-сердечной недостаточности в родах у женщин представляет собой тяжелую патологию, чаще заканчивающуюся трагически для матери и плода. Тяжесть усугубляется, если при этом грозном осложнении возникает необходимость абдоминального родоразрещения.

М. А. Петров-Маслаков и Я. С. Кленицкий сообщают по одному наблюдению отека легких у больных, который считают проявлением токсикоза II половины беременности, со смертельным исходом для матери и плода во время операции кесарева сечения. Методы обезболивания при этом не указаны.

Мы наблюдали острую легочно-сердечную недостаточность у роженицы К., 21 года, которая поступила в отделение патологии беременности роддома № 1 г. Горького 15/II-63 г.

В пятилетнем возрасте болела туберкулезом позвоночника и правого тазобедренного сустава, в связи с чем длительное время находилась в различных больницах и санаториях.

Гинекологических заболеваний не было. Последние менструации 10/VI-62 г. Со слов больной беременность протекала удовлетворительно.

Лордоз и кифоз позвоночника (выраженный горб), бочкообразная короткая грудная клетка. Нижняя правая конечность короче левой на 10 см, мышцы атрофированы. Тугоподвижность коленных суставов и правого тазобедренного, в области которых имеются обезобразивающие рубцы. Передвигается с трудом на костылях. Рост — 123 см, вес — 34,8 кг. Размеры таза: 20—23—25—15. Ромб Михаэлиса неправильной формы. Живот необычной конфигурации, отвислый, смещенный в правую сторону, кожа его перерастянута, резко выражена поверхностная сосудистая сеть, окружность его — 85 см. Высота дна матки над лоном — 33 см.

Положение плода продольное, предлежит головка подвижная над входом в таз, сердцебиение ясное, 136.

Наружные половые органы недоразвиты, вход во влагалище узкий. Шейка сохранина, зев закрыт, Cd — 8 см. Ниже мыса в области II—III крестцовых позвонков и крестцовоокопчикового сочленения определяются костные выступы. Емкость таза недостаточная.

Жалобы на одышку при нагрузке, общую слабость. Пульс 84, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 140/95 мм. Левая граница сердца — на 1 см за среднюю аксилярную линию, правая — на 1 см кнаружи от правого края грудины. Тоны чистые, приглушенны. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, дыхание ослабленное, 20. Проба Штанге — 20 сек. Печень не пальпируется, отеков нет. Анализ мочи и крови без изменений.

Диагноз: беременность 37—38 недель, туберкулезный лордоз, кифоз, деформация костей таза и правого тазобедренного сустава, кососуженный таз III степени, гипертония беременных, специфический пневмосклероз, хронический бронхит, эмфизема легких, миокардиосклероз, нарушение кровообращения I ст.

Учитывая абсолютные показания для кесарева сечения, решено было готовить женщины на операцию в плановом порядке, но у беременной ночью появилась регулярная родовая деятельность, с началом которой резко ухудшилось общее состояние: возникло вынужденное полусидячее положение, колющие боли в сердце, цианоз, кашель с жидким пенистым мокротой, $t = 37,4^{\circ}$. Дыхание поверхностное, до 40, пульс 110, слабого наполнения. Границы сердца оставались расширенными, тоны стали более глухими, АД 200/130 мм. В верхних отделах легких — жесткое дыхание с множественными сухими рассеянными хрипами, в нижних — укорочение перкуторного звука, дыхание ослабленное, влажные хрипы.

Развившаяся острая легочно-сердечная недостаточность явилась следствием сдавления сокращающейся беременной маткой патологически измененных легких.

Решено было произвести кесарево сечение. В силу анатомических особенностей женщины было трудно уложить на операционном столе, пришлось прибегнуть к подушкам, чтобы создать ложе для gibbus'a. Введено промедола 40 мг, атропина —

¹ Доложено на заседании Научного общества акушеров и гинекологов г. Горького 28/III 1963 г.

1 мг. В операционной начато внутривенное введение 5% глюкозы (150 мл) с корглином — 0,0006. Водный наркоз: закись азота с кислородом 7:3 л + 100 мг листиона, интубация выполнена при помощи прямой ларингоскопии. Наркоз проводили эфирно-кислородно-закисной смесью, стремясь не углублять его более III ст. первого уровня. АД в течение всей операции колебалось от 170/120—200/130 мм, пульс 120—110, дыхание только управляемое с помощью мехов. Анализ данных непрерывной оксиметрии на протяжении всего наркоза показал, что насыщение крови кислородом в момент вводного наркоза и интубации снизилось на 4% (до 92%, при исходном 96%), держалось на этом уровне до извлечения плода и повышалось до 95% на последующих этапах операции. Произведено классическое кесарево сечение со стериллизацией. Извлечен живой мальчик весом 2480,0, длиной 49 см. Кровопотеря — 350 мл. Продолжительность операции 27 мин., наркоза — 37 мин. Расход эфира — 20 л, листиона — 300 мг.

Состояние больной в первые 5 часов оставалось крайне тяжелым. Послеоперационный период осложнен гипоксемией.

Выписана в удовлетворительном состоянии с живым мальчиком на 17-й день после операции. Женщина и ребенок осмотрены через год. Мать чувствует себя удовлетворительно, ребенок развивается соответственно возрасту.

Данный случай представляет, по нашему мнению, интерес тем, что примененный комбинированный эндотрахеальный наркоз в определенной степени обеспечил успех оперативного вмешательства у роженицы с острой легочно-сердечной недостаточностью.

Поступила 23 апреля 1964 г.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

И. Л. Мытарева (Москва). Влияние эуфиллина на легочную вентиляцию у больных легочным сердцем

Легочная вентиляция определялась на спирографе типа СГ-1, в сидячем положении больного, натощак, после предварительной тренировки, проведенной накануне, до и через 30 мин после внутривенного введения 0,24—0,36 эуфиллина (нами установлено, что максимум изменений легочной вентиляции после введения эуфиллина наступает через 30—40 мин). Для оценки показателей легочной вентиляции вычислялись должные величины легочных объемов по таблицам должного основного обмена (Гаррис — Бенедикта) с учетом пола, возраста, веса и роста больного.

Обследовано 55 больных, разделенных по классификации Б. Б. Когана на три группы: 1 — больные с начальными явлениями правожелудочковой недостаточности (30), 2 — с выраженным, но обратимыми признаками правожелудочковой недостаточности (15), 3 — с необратимой правожелудочковой недостаточностью (10).

Улучшение легочной вентиляции при внутривенном введении 0,24—0,36 эуфиллина наступало у больных с начальными и обратимыми признаками правожелудочковой недостаточности. Его не было у больных с необратимыми признаками правожелудочковой недостаточности.

Л. П. Мышенцева (Куйбышев-обл.). Лечение больных гипертонической болезнью димеколином в амбулаторных условиях

Димеколин назначался внутрь в таблетках по 25 мг вначале один, при хорошей переносимости — 2 раза в сутки и при недостаточном гипотензивном эффекте — 3 раза. Лечение проводилось обычно в течение 2—4 недель. Больные без освобождения от работы принимали таблетки в присутствии врача (одну до начала работы, вторую — во второй половине рабочего дня). Третья таблетка выдавалась на руки.

С I ст. гипертонической болезни было 32 человека (в возрасте от 20 до 59 лет); со II ст. — 90 (в возрасте от 20 до 60 лет).

Результаты лечения

Число больных	АД	Отсутствие эффекта	Снижение АД							
			от 10 до 19	от 20 до 29	от 30 до 39	от 40 до 49	от 50 до 59	от 60 до 69	от 70 до 79	от 80 до 89
122	Систолический.	19	22	27	20	11	10	6	6	1
122	Диастолический.	27	62	26	4	2	1	—	—	—

Таким образом, у большинства больных наблюдался хороший гипотензивный эффект и улучшение самочувствия. Лечение димеколином должно проводиться в течение нескольких месяцев и даже лет с индивидуально подобранными перерывами.