

катехоламинов могут быть различными в зависимости от преобладания в определенных сосудистых отделах α -или β -рецепторов.

Наступающее в терминальную фазу бактериального шока паралитическое расширение сосудов может быть объяснено глубоким истощением симпато-адреналовой системы во всех ее звеньях.

Одной из теорий, объясняющих механизм циркуляторных расстройств при бактериальном шоке, является теория избирательного сосудистого спазма, предложенная Фином, Лиллихеем и Леаном (1958). Согласно этой теории, бактериальные эндотоксины способствуют повышению уровня катехоламинов в крови, в связи с чем возникает сосудистый спазм и, как следствие, гипоксия и аноксия внутренних органов; в последующем чувствительность сосудистой стенки к действию катехоламинов изменяется, возникает расслабление прекапиллярных сфинктеров, в то время как венозные отделы капилляров остаются в длительном спастическом состоянии. Эти гемодинамические расстройства обуславливают скопление крови в капиллярах и вызывают дальнейшее нарушение кровообращения.

На основании полученных нами результатов можно констатировать, что деятельность симпато-адреналовой системы подвержена фазовым изменениям; симпато-адреналовая система принимает активное участие в гомеостазисе организма в период тяжелого стресса при послеабортном сепсисе.

Возникающая при бактериальном шоке циркуляторная недостаточность во многом может быть объяснена первоначальной симпато-адреналовой гиперактивностью, вслед за которой следует быстрое и глубокое подавление симпато-адреналовой системы во всех звеньях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Меньшиков В. В., Большакова Т. Д. Тр. по новой аппаратуре и методам I МОЛМИ, вып. 3. М., 1965.—2. Euler U. S. a. o. Scand. J. clin. Lab. Invest., 1955, 6, 54.—3. Fine J., Frank B. D., Ravin H. A. New. Engl. J. Med., 1959, 260, 214.—4. Lillihei R. C., McLean L. D. Ann. Surg., 1958, 148, 513.

УДК 618.4—089.5

О МЕДИКАМЕНТОЗНОМ ОБЕЗБОЛИВАНИИ РОДОВ

Доц. Н. В. Архангельская

Акушерско-гинекологическая клиника лечебного факультета (зав.—проф. А. М. Фой) и кафедры фармакологии (зав.—проф. Б. Г. Воынский) Саратовского медицинского института

В нашей клинике на протяжении последних 17 лет широко используются новые варианты медикаментозного болеутоления в родах. При этом учитывается не только анальгетическая активность этих вариантов фармакодинамического метода, но и их родоускоряющее влияние, главным образом на длительность первого периода родов. Более того, мы убедились, что сочетания современных анальгетиков и спазмолитиков, обладающие протективными воздействиями на маточную моторику в родах, являются одновременно и эффективными средствами профилактики многообразных нарушений сократительной функции матки, предупреждающими утомление маточной мускулатуры и проявления дискоординации маточных сокращений. На основании многолетнего опыта мы пришли к заключению, что нормальное течение периода раскрытия наряду с целым рядом факторов, свидетельствующих о «готовности» организма к родам, обеспечивается функциональной зрелостью шейки матки и снижением тонического напряжения нижнего сегмента. Только при «мягкой» и податливой к перемещениям под воздействием пальцев исследующей руки акушера шейке матки и при более низком по сравнению с вышеизложенными отделами матки тоне ее нижнего сегмента (что при наличии известного опыта легко определяется методом пальпаторного изучения тонуса матки в различных ее сегментах) возможно возникновение и планомерное развитие маточных сокращений с соблюдением феномена «тройного нисходящего градиента». «Незрелая», ригидная шейка матки и не сниженный ко времени родов тонус нижнего сегмента являются нередкой причиной затяжного течения родов, крайне медленного процесса сглаживания шейки матки и прогрессирующего раскрытия наружного зева, а также медленного поступательного движения предлежащей части по родовому каналу. Возникающие с первых часов периода раскрытия выраженные болевые ощущения нередко являются внешним отображением гипертонического состояния нижнего сегмента и проявлением спазмирования циркулярных мышц. Эти состояния могут быть усугублены чувством непомерного страха женщины перед родами, не

прошедшей полноценной физиопсихопрофилактической подготовки. Отрицательные эмоции и чувство страха на фоне несовершенной готовности к родам шейки матки и являются порой тем порочным кругом, который угнетает нормальную моторику матки и порождает интенсивные болевые ощущения. Зинер (1957) обращает внимание акушеров на то, что дискоординация маточных сокращений может наблюдаться даже при казалось бы неосложненном начале родовой деятельности. Все эти соображения послужили нам основанием для более широкого раннего назначения спазмолитиков и анальгетиков с целью снятия болевых ощущений и предупреждения упорных форм недостаточности родовой деятельности. Опыт показал, что многочисленные родовозбуждающие и родостимулирующие мероприятия с использованием различных средств окситолического действия очень часто не только оказываются неэффективными при незрелости шейки матки и гипертоническом состоянии нижнего сегмента, но и усугубляют рано возникающую патологию. Преждевременное отхождение вод, по данным Н. В. Оноприенко, само по себе может быть вызвано, среди прочих причин, длительным гипертонусом нижнего сегмента, и поэтому в подобных наблюдениях рационально и эффективно использование не средств «подхлестывания» маточной моторики, а «модераторов» сократительной функции миометрия. По нашим многолетним данным, этими нормализаторами и протекторами маточных сокращений являются некоторые гормональные препараты (эстрогены) и средства спазмолитического действия.

Исходя из сказанного и необходимости эффективного болеутоления в родах, мы разработали новый вариант обезболивания и ускорения родов, обеспечивающий у огромного большинства рожаящих профилактику затяжного течения родового акта на почве аномалий сократительной функции плодизгоняющих сил. Основы этой методики сводятся к следующему.

1. При наличии ригидной шейки матки, повышенном тонусе нижнего сегмента, несовершенном расслаблении матки в паузах, независимо от состояния плодного пузыря, особенно при выраженных болях с самого начала родовой деятельности, мы назначаем препараты спазмолитического действия, лучше одновременно с анальгетиками, не подавляющими сократительную функцию. К их числу мы относим в первую очередь препараты пиперидина, в частности промедол (а также изопромедол и анадол), учитывая их более выраженную, чем у других средств, анальгетическую активность и протективные влияния на маточную моторику. Целесообразно введение промедола (0,03—0,04) в суппозиториях совместно с новокаином (0,2) и экстрактом белладонны (0,03). Включение в состав подобного суппозитория еще и пахикарпина (0,15) повышает интенсивность маточных сокращений. Такое сочетание медикаментозных препаратов абсолютно безвредно, между тем оно значительно убыстряет течение первого периода родов и уже через 20—30 мин. снижает интенсивность болей. Оптимальные условия для использования суппозитория по нашим данным: сглаженная шейка матки (у первородящих) и открытие наружного зева на 1,5—2 пальца.

2. При резко выраженной «реакции напряжения» у женщины, при беспокойстве, чувстве страха и раздражительности мы рекомендуем суппозитории по прописи нашей сотрудницы Л. С. Большаковой: промедола 0,02, мепробамата 0,04 и пахикарпина 0,1. Установлены синергидные влияния мепробамата и промедола в отношении углубления и удлинения болеутоляющего эффекта.

3. При рецидиве болевых ощущений мы прибегаем к повторному (через 3—4 часа) назначению промедола в дозе 1,5—2 мл 2% раствора подкожно. В случае медленного раскрытия наружного зева из-за его ригидности к промедолу добавляют 1 мл 0,1% атропина. Для ликвидации ригидности наружного зева допустимо подкожное введение в одном шприце 2 мл 2% промедола и 1—2 мл 1% тифена или но-шпа.

4. При резких болях весьма эффективно предложенное нами сочетание 2 мл 2% промедола с 0,5 мл 2,5% раствора пропазина. Длительность болеутоляющего влияния промедола в подобном сочетании возрастает примерно вдвое, а его седативные воздействия оказываются весьма необходимыми при ведении родового акта, осложненного поздним токсикозом, особенно преэклампсией.

5. Для ликвидации гипертонической формы слабости родовой деятельности мы применяем подкожное введение 2 мл 2% раствора промедола с 1 мл 1% апрофена или введение суппозитория с промедолом (0,02) и оксibuтиратом натрия (ГОМК) в дозе 2,0. Данное сочетание отличается высокими спазмолитическими свойствами и поэтому приводит к более ускоренному завершению первого периода родов на фоне значительного снижения силы болевых ощущений. Эффективны для ускорения периода раскрытия и суппозитории с седуксеном (10 мг), который оказывает спазмолитическое и седативное действие.

6. Даже при необходимости проведения родостимулирующих мер при гипотонической форме слабости родовой деятельности мы предварительно в обязательном порядке назначаем один из спазмолитиков. В несомненной эффективности этого мероприятия мы убедились не только при анализе клинических данных, но и в экспериментальном исследовании: спазмолитики и предварительная ликвидация с их помощью функционального утомления миометрия повышают «моторные» воздействия окситолических средств.

7. В периоде изгнания при необходимости мы прибегаем к пудендопрекоксигеальной анестезии или к поверхностному ингаляционному эфирному наркозу.

8. Для предупреждения нередких спастических сокращений миометрия, особенно в тазовых углах, в третьем периоде родового акта мы в последнее время в конце периода раскрытия или в начале периода изгнания назначаем один из спазмолитиков (атропин, тифен, но-шпа и др.).

При подобном подходе к реализации задачи одновременного обезболивания и ускорения родов современными средствами акушерской анальгезии достигается эффективное болеутоление, укорочение родового акта на 2—3 часа у первородящих и на 1,5—2 часа у повторнородящих и резкое снижение частоты затяжных родов. Кроме того, улучшение под влиянием спазмолитиков маточно-плацентарного кровообращения способствовало снижению всех видов асфиксии плода и новорожденного до 3—3,8%, т. е. примерно на 40%. Интранатальная потеря детей, несмотря на поступление в клинический стационар в разные годы 40—60% женщин с осложненным течением беременности и родов, колеблется в пределах 0,8—1,3%. Внутривенные травмы детей снижены с 2 до 0,7% у доношенных и до 1,5% — у недоношенных детей. Различные нарушения сократительной функции, в том числе развившиеся до применения спазмолитиков, констатированы лишь у 4,6% рожениц. Частота затяжных родов (свыше 18 часов) уменьшилась у нас в последние годы с 4—5 до 1—2,2%.

Самым существенным итогом нашей работы является снижение патологических кровопотерь в послеродовом периоде и в раннем послеродовом до 3—5%. За последние 12 лет (29 тыс. родов) мы не потеряли от кровотечений этого характера ни одной женщины, ни у одной женщины по этим показателям не была экстирпирована матка, ни у одной не производилась перевязка магистральных сосудов. Не было поводов и для использования приемов реанимации из-за анемии.

Следование основным приемам нашей акушерской тактики, щажение в родах нервно-психических сил женщины, достижение выраженного болеутоления, отказ при отсутствии показаний от средств родостимуляции, используемых нами лишь при гипотонической форме слабости родовой деятельности, — все это обеспечивает нормальное течение и благополучное завершение родового акта у преобладающего большинства рожавших женщин. В этом нетрудно убедиться при преодолении все еще не изжитого предубеждения широких врачебных кругов против использования средств эффективного современного медикаментозного болеутоления в родах и профилактики нарушений сократительной функции плодовоизгоняющих сил.

УДК 616—003.978—618.15—616—089.844

НАШ ОПЫТ КОЛЬПОПОЭЗА ПРИ АПЛАЗИИ ВЛАГАЛИЩА

Доц. Л. А. Козлов

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — проф. Р. Г. Бакиева, научн. консультант — проф. П. В. Маненков) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

В СССР с 1936 г. созданием искусственного влагалища из тонкого кожно-эпидермального свободного аутоотрансплантата занимался И. И. Грищенко. Его докторская диссертация, последующие публикации по этому вопросу и, в частности, выступление на III Всемирном конгрессе акушеров-гинекологов в Вене в 1961 г. получили одобрение. Продолжением его исследований явились работы З. И. Замятиной. Основным минусом этого способа считалось сморщивание стенок и сужение просвета влагалища в отдаленные после операции сроки и потерю вагиной своего функционального значения. Поэтому И. И. Грищенко рекомендовал этот способ для замужних женщин, оставляя для незамужних кольпопоз из кишечника. Видимо, этот взгляд разделяла и З. И. Замятина, так как из 31 оперированной ею женщины 27 жили половой жизнью (о 4 нет сведений).

Казанская акушерско-гинекологическая клиника им. проф. В. С. Груздева занималась вопросом создания искусственного влагалища с 20-х годов. Испробованы кишечные методы (В. С. Груздев), брюшина в эксперименте, околоплодные оболочки и первородная смазка (П. В. Маненков). Не достигнув вполне удовлетворительных результатов от перечисленных методов, клиника с 1964 г. перешла на изучение кожного кольпопоза, как безопасного для жизни и технически несложного метода.

Нам представлялась перспективной свободная аутоотрансплантация тонкого кожного лоскута, взятого дерматомом. В этом убеждали успехи современной пластической хирургии [1, 2, 3, 8—13].

В процессе разработки этого способа образования искусственного влагалища мы полагали одной из основных задач устранение сморщивания стенок и сужения просвета влагалища.