

Если учесть угнетающее действие литических веществ на дыхательный центр, то риск введения их больным с неполноценным дыханием вполне реален. Положение осложняется у лиц, отделяющих большое количество мокроты, которая становится более вязкой, а угнетение кашлевого рефлекса еще более затрудняет ее удаление.

Больные с заболеванием сердца (кардиосклероз, миокардиодистрофия, пороки сердца) и сосудов (склероз сосудов, облитерирующий энтерит), у которых резко снижены компенсаторные возможности в связи с нарушением гемодинамики, требуют осторожного применения потенцированного обезболивания. У этих больных возможно развитие декомпенсации сердечно-сосудистой деятельности после введения обычной дозы смеси. Патогенез декомпенсации объясняется, по-видимому, наступлением гипоксии сердечной мышцы вследствие выраженной тахикардии или нарушения сердечного ритма и гипотонии. Подобные осложнения вынуждают отменять оперативное вмешательство.

На основании значительного опыта клиники по местному потенцированному обезболиванию можно указать на следующие показания и противопоказания к этому методу.

Он показан у легко возбудимых больных, которые обычно плохо переносят операцию под местным обезболиванием. Это метод особенно показан больным с тиреотоксикозом.

Данная анестезия хороша при первичной хирургической обработке ран, ожогов и отморожений. Она может быть рекомендована при неотложных полостных вмешательствах и при операциях на желудке, кишечнике и желчных путях. Возможности этого метода ограничиваются гипотонией вследствие некомпенсированной кровопотери или других патологических состояний (шок III степени).

Он противопоказан при тяжелых поражениях печени с явлениями недостаточности, высокой гипертонии с атеросклерозом, тяжелых органических заболеваниях сердца и сосудов, тяжелых формах шока.

Резюмируя вышеизложенное, можно заключить, что обычную местную инфильтрационную анестезию у значительного числа больных весьма целесообразно дополнять предварительным введением литических веществ.

Несмотря на то, что в настоящее время многие положительные и отрицательные стороны этого вида обезбоживания уже известны, дальнейшее его изучение — одна из задач современной анестезиологии.

Поступила 24 февраля 1959 г.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АМИНАЗИНА В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

(Предварительное сообщение)

Асс. В. М. Орловский

Из кафедры акушерства и гинекологии № 2 (зав. — проф. И. В. Данилов) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

В акушерстве аминазин впервые применен при чрезмерной рвоте беременных в 1952 г. Руши, затем по предложению Лабори при лечении эклампсии. В последующем аминазин применялся при лечении нефропатии, в борьбе с акушерским шоком, для обезбоживания родов, при операциях кесарского сечения.

Противопоказаниями являются заболевания сердца с нарушением проводимости, тромбоэмболическая болезнь, склонность к аллергическим заболеваниям, коматозное состояние, заболевания печени.

Мы применяем аминазин в акушерской практике с 1957 г.

Лечилась аминазином 51 больная (2 повторно). Из них: с нефропатией — 41, с преэклампсией — 5, с эклампсией — 5, и две роженицы

с гипертонической болезнью. Во время беременности аминазин вводился 16, во время беременности и родов — 7, в родах — 23, в родах и после них — 3, после родов — 4.

Аминазин вводился внутривенно по 1—2 мл 2,5% раствора в 20—40—60 мл 40% раствора глюкозы медленно в течение трех и более минут или внутримышечно по 1—2 мл в 3—5 мл 1/4% раствора новокаина.

Лечение нефропатии во время беременности начиналось с внутривенного введения 25—50 мг аминазина и, в зависимости от эффекта, продолжалось внутримышечными инъекциями по 50 мг 2—3 раза в день, в течение 2—3 и более дней. В дальнейшем, при необходимости, можно назначать аминазин внутрь по 50 мг 3 раза в день.

При лечении нефропатии в 1 периоде родов аминазин вводился внутривенно по 25—50 мг (в зависимости от тяжести заболевания). В большинстве случаев достаточно одного внутривенного введения. Если не наблюдается желаемый результат от первого введения аминазина, то можно сделать инъекцию в дозе 25 мг повторно через небольшой промежуток времени. Если после первой инъекции прошло больше 3 часов, повторное внутривенное введение аминазина при тяжелых формах может быть произведено в дозе 50 мг. Во втором периоде родов, как правило, достаточно однократного введения 25—50 мг аминазина внутривенно. При введении аминазина роженица должна находиться в горизонтальном положении и не вставать в течение 1 1/2—2 часов, во избежание ортостатического коллапса.

После введения аминазина наступал сон, снижалось артериальное давление. Дыхание было ровным, иногда замедлялось, пульс оставался ритмичным и полным, сужались зрачки, у некоторых «закладывало» нос, отмечались сухость во рту, чувство жара.

Сон наступал у всех после внутривенного введения препарата во время беременности и после родов, при внутримышечном введении из 31 женщины у 27. В первом периоде родов внутривенно введенный аминазин приводил ко сну между схватками только половину рожениц, а во втором периоде — меньше половины. Продолжительность сна была различной и зависела от дозы вещества, времени суток (для беременных и родильниц), утомленности рожениц, сопутствующего лечения и т. д. Дольше спали беременные — по 6—8 часов подряд, а если аминазин вводился во второй половине дня, то сон продолжался до следующего утра. В родах продолжительность сна зависела от родовой деятельности и общего состояния (утомление). Если аминазин вводился в конце первого периода, то обычно в течение 1 1/2—2 часов роженицы спали между схватками, но реагировали на них. Если роженица была очень утомлена и аминазин вводился в ночное время, то сон продолжался до 9—10 часов, ослабляя на это время родовую деятельность. Артериальное давление снижалось, в зависимости от способа введения, дозы, гипотонии до осложнения беременности, вида предшествующего лечения и индивидуальной чувствительности. При внутривенном введении артериальное давление обычно снижалось на 40—60 мм — максимальное и 20—30 мм — минимальное. Во время беременности при внутримышечном введении 50 мг аминазина артериальное давление, в

среднем, снижается $\frac{\text{максимальное}}{\text{минимальное}}$ на $\frac{25}{10}$ мм, снижение артериального давления идет постепенно: через 20 мин после введения на $\frac{15}{5}$, через 1 час на $\frac{25}{10}$ мм.

Внутривенное введение 25 мг аминазина во время беременности

снижает, в среднем, артериальное давление $\frac{\text{максимальное}}{\text{минимальное}}$ на $\frac{30}{15}$ мм; через 10 мин после начала введения препарата на $\frac{10}{10}$ мм, через 15 мин на $\frac{25}{10}$ мм и через 40 мин на $\frac{30}{15}$ мм.

Внутривенное введение 50 мг аминазина во время беременности снижает артериальное давление $\frac{\text{максимальное}}{\text{минимальное}}$ на $\frac{40}{20}$ мм; через 10 мин на $\frac{10}{0}$ мм, через 30 мин на $\frac{15}{5}$ мм, через 1 час на $\frac{40}{20}$ мм.

В первом периоде родов внутривенное введение 25 мг аминазина снижает артериальное давление $\frac{\text{максимальное}}{\text{минимальное}}$ на $\frac{30-35}{15-20}$ мм, причем в первые 10 мин от начала введения препарата на $\frac{20}{10}$ мм, через 20 мин на $\frac{30-35}{15-20}$ мм.

Внутривенное введение 50 мг аминазина в первом периоде родов снижает артериальное давление, в среднем, $\frac{\text{максимальное}}{\text{минимальное}}$ на $\frac{65}{30}$ мм; через 10 мин от начала введения на $\frac{25}{15}$ мм, через 20 мин на $\frac{40}{20}$ мм, и в течение 1 ч. 10 мин — на $\frac{65}{30}$ мм.

Во втором периоде родов внутривенное введение 50 мг аминазина снижает артериальное давление $\frac{\text{максимальное}}{\text{минимальное}}$ на $\frac{25}{10}$ мм; через 10 мин — на $\frac{10}{10}$ мм, через 15 мин на $\frac{20}{10}$ мм, и через 40 мин — на $\frac{25}{10}$ мм.

В этом же периоде внутривенное введение 25 мг аминазина снижает артериальное давление почти в таких же пределах.

Наибольшее снижение артериального давления на 100 мм — максимального и 55 мм — минимального наблюдалось нами у первородящей Н., 29 лет, поступившей в клинику со срочными родами, страдавшей нефропатией. Роды осложнились первичной слабостью родовой деятельности. Была назначена магниезная терапия, ночью роженице предоставлен отдых (1 фаза Гватмей); утром — резкое повышение артериального давления до 170/110 мм и легкий припадок эклампсии. Дан эфир, введена сернокислая магнезия, произведено кровопускание. Через 10 часов после проведенных мероприятий при хорошей родовой деятельности артериальное давление вновь повысилось до 175/115 мм. Ввиду неэффективности примененной терапии, введено внутривенно 50 мг аминазина в 40 мл 40% раствора глюкозы в течение 5 мин. Сразу после введения наступил глубокий сон. Через 10 мин после введения артериальное давление снизилось до 75/55, пульс участился на 8 ударов, дыхание стало реже (11 в мин), глубокое, ровное. Кожа и видимые слизистые несколько бледнее, зрачки сильно сужены.

Введение аминазина вызвало вторичную слабость родовой деятельности, по поводу чего проведена стимуляция армином и наложены кожно-головные щипцы, по Иванову—Гаусу. Артериальное давление оставалось до самых родов в пределах 80—100/65—80 мм. Ввиду длительного стояния головки в полости малого таза, роды закончены наложением акушерских щипцов. Извлечен живой доношенный плод.

В процессе лечения больных с нефропатией повышался диурез, быстро уменьшались или исчезали отеки, уменьшалась альбуминурия. При нарушенном зрении лечение аминазином быстро его восстанавливало.

В большинстве случаев аминазин применялся вместо сернокислой магнезии в сочетании с общепринятым ведением нефропатии.

С хорошим результатом лечение аминазином проведено 30 больным. С нефропатией было 27 женщин, с преэклампсией — 1 и с эклампсией — 2. В этой группе аминазин применялся только во время беременности у 6, во время беременности и родов — у 5, в родах — у 16, в родах и после них — у 2, после родов — у 1.

После магнезиальной терапии в сочетании с общепринятым ведением больных с нефропатией в результате ее неэффективности аминазин применялся у 12. Из них: во время беременности — у 3, во время беременности и родов — у 2, в родах — у 3, в родах и после них — у 1, после родов — у 3.

Одиннадцати женщинам по разным причинам после аминазина применялась магнезиальная или другая терапия.

Из 53 рожениц лечение аминазином оказалось неэффективным у 7.

Влияние аминазина на течение последового и раннего послеродового периодов оценить довольно трудно, так как, помимо нефропатии и аминазина как факторов, могущих изменить эти периоды, встречались сопутствующие осложнения и акушерские операции, вызывающие нередко атоническое кровотечение.

Нами применялся аминазин и при внутриутробной асфиксии плода.

Механизм действия аминазина в этом отношении недостаточно изучен. По А. П. Николаеву, действие аминазина зависит от его «способности уменьшать обменные процессы в живом организме до предела, причем организм продолжает существовать, потребляя минимум энергии и при появлении более благоприятных условий легко выходит из этого состояния «жизни на грани смерти». Нам представляется, что еще имеют значение улучшение при действии аминазина маточно-плацентарного кровообращения, нормализация и восстановление капиллярного кровообращения, особенно в центральной нервной системе плода, уменьшение чувствительности плода ко всякого рода раздражителям, как механического, так и химического происхождения.

Значительный интерес представляет история родов повторнородящей С., поступившей в клинику с ранним отхождением вод и крупным плодом. В родах при сердцебиении плода 112 в *мин* проведена «триада» Николаева, сердцебиение стало 138, ясным, ритмичным. Затем резкое падение сердцебиения плода в течение 3—5 *мин* до 72—84. Для борьбы с внутриутробной асфиксией плода внутривенно введено 25 *мг* аминазина в 20 *мл* 40% раствора глюкозы в течение 3 *мин*. Сердцебиение прослушивалось на протяжении почти всех пауз, через 5 *мин* сердцебиение плода 108, ясное, ритмичное, через 10 *мин* — 112, через 20 — 120, через 25 *мин* — 136, через 35 *мин* — 148, перед окончанием потужного периода — 112, перед самым прорезыванием — 152. Роды произошли спустя 3 ч. 20 *мин* после введения аминазина живой доношенной девочкой. Закричала сразу, вес 4200 *г*.

Новый отечественный препарат аминазин должен найти широкое применение в акушерской практике. Быстрое купирование симптомов преэклампсии и эклампсии при лечении аминазином показывает большую ценность его применения при данных патологиях. Особенно необходимо применение аминазина в тех случаях, когда лечение сернокислой магнезией в сочетании с кровопусканием не дает положительных результатов. Если у роженицы проводится магнезиальная терапия, а в конце первого или во втором периоде повышается артериальное давление или обнаруживаются симптомы преэклампсии, а также и эклампсии, то введением аминазина можно избежать кровопускания, нежелательного в этих случаях, и спешного родоразрешения, производимого часто у таких больных не в интересах плода. Применение аминазина в родах желательно еще и с той точки зрения, что препарат может одновременно служить методом профилактики внутриутробной асфик-

сии плода. Теоретические положения и экспериментальные данные, а также наш скромный опыт применения аминазина при лечении внутриутробной асфиксии плода подтверждают сказанное.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аминазин. Москва, 1959. — 2. Вихляева Е. М. Акуш. и гинек., 1957, 1. — 3. Персианинов Л. С. Акуш. и гинек., 1957, 5. — 4. Лабори А., Гюгенар П. Гибернотерапия в медицинской практике. М., 1956.

Поступила 12 марта 1959 г.

СВИЩИ ПОЛОВОГО АППАРАТА ЖЕНЩИНЫ ПО МАТЕРИАЛАМ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ КАЗАНСКОГО ГИДУВа за 1946—1956 годы

Канд. мед. наук А. З. Уразаев

Из акушерско-гинекологической клиники (зав.—проф. Н. Е. Сидоров)
Казанского ГИДУВа имени В. И. Ленина

За период с 1946 по 1956 гг. (за 11 лет) в клинике находились на излечении 128 женщин с половыми свищами, что составляет 0,38% по отношению к общему числу госпитализированных. По материалам нашей клиники, относящимся к 1920—1935 гг., этот процент был значительно выше — 1,12%.

Из 128 свищей 125 (98,0%) были травматическими и 3 (2,0%) — неоплазматическими. Из 125 травматических свищей 84 (67,2%) были акушерскими, 37 (29,6%) — хирургическими, 2 (1,6%) — случайно травматическими, и 2 (1,6%) образовались после лучевой терапии.

С пузырно-влагалищными свищами было 78 женщин (60,9%), с мочеточниково-влагалищными — 27 (21,1%), с уретро-пузырно-влагалищными 13 (10,2%), с прямо-кишечно-влагалищными — 4 (3,1%), с комбинированными пузырно-влагалищными и прямо-кишечно-влагалищными — 3 (2,3%), с уретро-влагалищными — 2 (1,6%) и с пузырно-влагалищно-шеечным — 1 (0,8%).

До 20 лет было 4 женщины (3,1%), от 21 до 25 лет — 9 (7,0%), от 26 до 30 лет — 19 (14,0%), от 31 до 35 лет — 15 (11,7%), от 36 до 40 лет — 23 (18,0%), от 41 до 45 лет — 27 (22,0%), от 46 до 50 лет — 16 (12,5%), и свыше 50 лет — 15 (11,7%).

Первородящих было 38, многорожавших — 89, и 1 нерожавшая.

Акушерские свищи

У 65 больных были пузырно-влагалищные свищи, у 12 — уретро-пузырно-влагалищные, у 2 — прямокишечно-влагалищные, у 2 — уретро-влагалищные, у одной — пузырно-влагалищно-шеечный, у одной — мочеточниково-влагалищный, и у одной больной комбинированный свищ — пузырно-влагалищный и прямокишечно-влагалищный.

Среди акушерских свищей различают: 1) явившиеся следствием гангрены от давления, или пуэрперальные; 2) образующиеся после косвенного повреждения стенок родового канала с нарушением целостности мочевых органов и кишечника при акушерских операциях и пособиях (ненасильственные); 3) происходящие от прямого повреждения мочевых путей и кишечника при операции инструментом или рукой (насилиственные). По этой классификации мы могли из нашего материала отнести к первой группе 15 свищей, к второй и третьей группам — 69. Последние две группы было трудно разграничить в силу отсутствия в историях болезней точных данных, по которым можно было бы отли-