

Введение 10% раствора CaCl_2 роженице перед рождением ребенка повышает его концентрацию в крови матери в среднем на 2,7 мг%, а у новорожденного — на 2,3 мг% по отношению к контрольным величинам. Уровень ионизированного Ca увеличивается по отношению к контрольным данным соответственно на 1,07 и 1,11.

УДК 618.4—089.5

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРИ ВНУТРИМАТОЧНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ В ТРЕТЬЕМ ПЕРИОДЕ РОДОВ

Е. А. Ланцев, Э. С. Чернухина

Институт акушерства и гинекологии АМН СССР (директор — акад. АМН СССР проф. М. А. Петров-Маслаков), Ленинград

В настоящее время арсенал наркотических средств обогатился настолько, что стало возможным подходить дифференцированно к выбору метода обезболивания при ручных внутриматочных вмешательствах в III периоде родов. Основным методом обезболивания в III периоде родов остается масочный эфирный наркоз. При всех присущих этому методу недостатках (длительность введения в наркоз, возбуждение, рвота, влияние на сократительную деятельность матки) следует признать, что проведение наркоза с помощью специальной наркотической аппаратуры и большая терапевтическая широта этого наркотика делают его доступным для любых родовспомогательных учреждений. В последнее время мы, как правило, сочетаем эфир с закисью азота. Благодаря этому удается более быстро ввести роженицу в наркоз, устранить период возбуждения и уменьшить отрицательное влияние эфира на сокращения послеродовой матки.

При масочном эфирно-кислородном наркозе мы не наблюдали тяжелых гипотонических кровотечений. Тем не менее кровопотеря свыше 800 мл при использовании эфира отмечалась значительно чаще, чем при применении других методов обезболивания. В результате этого возрастает число переливаний крови и повышается послеродовая заболеваемость (эндометрит, субинволюция матки, анемия).

В отличие от эфира, который только при высоких концентрациях и при длительном вдыхании вызывает расслабление матки, фторотан обладает выраженной способностью вызывать релаксацию маточной мускулатуры. Казалось бы, что такое релаксирующее действие фторотана на матку полностью исключает его применение в III периоде родов. Однако мы убедились, что фторотан весьма ценен при состояниях, сопровождающихся спазмом внутреннего зева и ущемлением плаценты. В этих случаях кратковременная релаксация матки облегчает вхождение в полость матки, удаление задержавшейся плаценты или ее частей. Прекращение ингаляции фторотана приводит к быстрому пробуждению (в течение 2—3 мин.), а введение сокращающих матку средств полностью восстанавливает нормальную сократительную деятельность матки. Наркоз фторотаном осуществлялся нами с помощью наркотического аппарата «Полинаркон», имеющего специальный испаритель «фторотек», при подаче 1,5—2,0 об.% наркотика. Быстрое введение в наркоз, отсутствие периода возбуждения и быстрая элиминация наркотика из организма делают этот вид обезболивания методом выбора при некоторых видах патологии послеродового периода (ущемление плаценты, спастическое состояние маточного зева). В случае необходимости обследования полости матки при гипотоническом кровотечении применение фторотана может привести к массивной кровопотере. По нашим данным, введение окситоцина и питуитрина на фоне фторотанового наркоза не вызывало сердечных аритмий у рожениц.

Хорошие результаты получены нами при использовании в III периоде родов циклопропанового наркоза. Циклопропан обладает мощным наркотическим эффектом, введение в наркоз осуществляется быстро и без возбуждения, пробуждение наступает не менее быстро, чем засыпание.

Наркоз циклопропаном мы проводили с помощью наркотических аппаратов УНА-1 и «Полинаркон». Введение в наркоз начинали с подачи 8—10 об.% циклопропана с постепенным увеличением его концентрации до 20—25 об.%. Наркотическое состояние наступало быстро, без возбуждения и удущья. Поддержание наркоза осуществляли подачей 15—20 об.% циклопропана и при необходимости продолжали после ручного обследования полости матки с целью обезболивания осмотра шейки матки на зеркалах и наложения швов на рану промежности. Пробуждение наступало через несколько минут после прекращения подачи циклопропана и, в отличие от обезболивания других операций (искусственное прерывание беременности, пункция заднего свода), очень редко сопровождалось рвотой. Циклопропан не оказывал отрицательного влияния на сократительную деятельность послеродовой матки, и число кровотечений свыше 800 мл при циклопропановом наркозе было почти вдвое меньше, чем при эфирном. К недостаткам циклопропанового наркоза следует отнести его способность

вызывать сердечные аритмии, частота которых значительно возрастает при использовании в родах и послеродовом периоде сокращающих матку средств (питуитрина и окситоцина). У 7 рожениц мы отметили выраженные кратковременные нарушения сердечного ритма во время циклопропанового наркоза. У всех этих рожениц в родах применялся окситоцин. По нашему мнению, способность циклопропана вызывать сердечные аритмии ограничивает использование этого метода обезболивания у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Наряду с этим быстрое введение в наркоз, предельно быстрая элиминация наркотика из организма, возможность подачи высоких концентраций кислорода и отсутствие отрицательного влияния на сокращения послеродовой матки позволяют считать циклопропан весьма ценным методом анестезии в неотложных вмешательствах в III периоде родов.

Среди внутривенных наркотиков наибольшее применение нашел эпонтол (сомбревин). Виадрил из-за длительности введения в наркоз и барбитураты из-за длительного посленаркозного сна не оправдали себя. Основным достоинством эпонтола является быстрое (в течение нескольких секунд) введение в наркоз и столь же быстрое пробуждение после кратковременного сна (5—7 мин.). Сомбревин и эпонтол были применены нами у 130 рожениц при различных внутриматочных вмешательствах в III периоде родов. Как показали наши наблюдения, при этом виде обезболивания кровопотеря наименьшая, что в основном обусловлено быстрым введением в наркоз и отсутствием отрицательного влияния на сокращения послеродовой матки. В отличие от других наркотических веществ (эфир, фторотан), при использовании сомбревина в дозе 500 мг мы неоднократно отмечаем значительное усиление сократительной деятельности матки, особенно при задержке частей последа, что в ряде случаев даже затрудняло вхождение руки в матку. При обследовании полости матки в случаях гипотонического кровотечения на фоне наркоза сомбревином обращало на себя внимание хорошее сокращение матки после массажа ее и введения сокращающих матку средств. При выходе из наркоза у всех рожениц на протяжении 5—10 мин. наблюдается анальгезия, достаточная для того, чтобы безболезненно наложить швы на промежность.

У части рожениц нами была использована перидуральная анестезия. Мы прибегали к этому методу исключительно в тех случаях, когда в родах с целью обезболивания их применялась длительная перидуральная анестезия. При этом катетер в перидуральном пространстве находился и в III периоде родов, и при возникновении показаний к ручному обследованию полости матки введением в перидуральное пространство через катетер необходимой дозы анестетика (примерно 10—15 мл 2% раствора тримекаина) достигалась полноценная анестезия. Перидуральная блокада позволяет безболезненно и при сохраненном сознании роженицы производить оперативные вмешательства в III периоде родов. Небольшое число наблюдений не позволяет нам дать окончательную оценку этому методу обезболивания, но, как показывает наш опыт проведения более 600 родов в условиях длительной перидуральной анестезии, данный метод существенно не влияет на сократительную деятельность матки и не способствует увеличению кровопотери в послеродовом периоде.

На основании нашего опыта по применению различных видов обезболивания в III периоде родов у 485 женщин можно утверждать, что современная анестезиология позволяет подходить дифференцированно к выбору метода обезболивания, учитывая при этом показания к операции, специфику воздействия наркотических веществ на сократительную деятельность матки и величину кровопотери. Правильный выбор метода обезболивания позволит уменьшить число кровопотерь и частоту послеродовых осложнений, а также даст возможность предупредить массивные кровопотери и тяжелый геморрагический шок.

УДК 618.39—616.94—612.017

О НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ПОСЛЕАБОРТНОЙ СЕПТИКОПИЕМИИ

Проф. А. М. Фой, В. И. Ткачукова

*Акушерско-гинекологическая клиника лечебного факультета (зав. — проф. А. М. Фой)
Саратовского медицинского института*

В предыдущих исследованиях сотрудников нашей клиники было установлено известное значение определения общей неспецифической сопротивляемости организма у женщин, переносящих септикопиемию различной этиологии, путем систематического контроля за степенью активности пропердиновой системы [8]. Уровень пропердина мы определяли гемолитическим методом Пиллермана, модифицированным В. И. Иоффе и сотр. [7] с заменой зимозана инулином. Пропердин выражали в условных единицах,