

АМИНАЗИН В ОБЕЗБОЛИВАНИИ РОДОВ

В. И. Струкова

Кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. С. С. Добротин, науч. руковод. — проф. Г. К. Черепяхин) Горьковского медицинского института им. С. М. Кирова

Нами проведено обезболивание родов аминазином у 101 первородящей и у 19 повторнородящих. У 29 женщин в анамнезе аборт и осложненные роды. Из общей массы рожениц, поступающих в роддом, для обезболивания мы брали наиболее беспокойных. Из 120 рожениц 89 не проходили психопрофилактической подготовки, 35 имели крайние типы высшей нервной деятельности. Многие роженицы боялись родов, некоторые перенесли психические травмы. У большинства рожениц установлен низкий порог чувствительности кожи к болевому раздражителю (паста Розенталя). У 66 женщин роды были патологические (нефропатия беременных, узкий таз, несвоевременное отхождение вод и др.).

Аминазин вводился при регулярной родовой деятельности с началом раскрытия шейки матки, преимущественно при раскрытии на 2—4 поперечных пальца.

Мы вводили аминазин внутримышечно в 2,5% растворе. Для профилактики возможного ортостатического коллапса в первые часы после введения предупреждали переход роженицы в вертикальное положение. 15 рожениц получили 12,5 мг, 99 — 25 мг, 6 — 50 мг амиаиназина.

В среднем через 10—20 мин после введения амиаиназина появлялась сонливость. Сон захватывал время между схватками и часть схватки. Реакция на схватку была замедленной, укороченной, ослабленной. Прекращались крики, стоны, устранилось психомоторное возбуждение. Такой эффект продолжался от 2 час до 7 час 30 мин. Болеутоляющий эффект от амиаиназина выявлен у 70 рожениц (58,3%), седативный — у 108 (90%).

40 рожениц с болеутолением после введения амиаиназина находились в родах более трех часов, из них у 39 болеутоление наблюдалось более двух часов (значительное по продолжительности). Из 70 рожениц с болеутолением у 49 болеутоление было значительное по силе.

55 женщин с седативным эффектом после введения амиаиназина находились в родах более трех часов, из них у 53 успокоение наблюдалось более двух часов (значительное по продолжительности). Из 108 рожениц с успокоением у 62 (57,4%) успокоение было значительное по силе (полное).

12,5 мг амиаиназина является недостаточной дозой для достижения терапевтического эффекта. В последующем эту дозу амиаиназина мы применяли в сочетании с промедолом. Увеличение дозы амиаиназина до 25 мг повысило частоту болеутоления и успокоения. При увеличении дозы до 50 мг болеутоление отмечено лишь у 3 рожениц из 6, успокоение — у всех, но не полное.

Мы учитывали не только основной терапевтический эффект (анальгезия и успокоение от амиаиназина), но и другие сдвиги в организме: изменение пульса, АД, дыхания.

Изменение АД зависит от исходного уровня. У половины рожениц отмечено снижение АД. При статистической обработке данных об АД у 120 рожениц гипотензия оказалась недостоверной.

Из 30 рожениц, имеющих гипертонию (токсикоз беременных типа гипертонии или нефропатии), у большинства АД снизилось (статистически доказана достоверность этого сдвига).

Средняя продолжительность родов при обезболивании амиаиназином у первородящих — 18 часов, у повторнородящих — 11 часов 21 минута. Эти показатели близки к литературным данным об общей продолжительности родов без обезболивания (В. В. Шилина, 1957, Н. В. Архангельская, 1961). Мы отдельно высчитывали продолжительность родов после обезболивания и продолжительность II периода родов и подвергли эти результаты статистической обработке.

Продолжительность родов после обезболивания:

1) у первородящих: а) независимо от фазы родов к моменту обезболивания $M_1 = 5,72 \pm 0,52$; б) при введении амиаиназина в начале раскрытия шейки матки $M_2 = 6,4 \pm 0,85$; в) при введении амиаиназина в конце раскрытия шейки матки $M_3 = 4,2 \pm 1,2$.

2) у повторнородящих: а) независимо от момента введения амиаиназина $M_1 = 2,55 \pm 0,36$; б) при введении амиаиназина в начале раскрытия шейки матки $M_2 = 2,59 \pm 0,62$; в) при введении амиаиназина в конце периода раскрытия шейки матки $M_3 = 2,2 \pm 0,40$.

Средняя продолжительность II периода родов у первородящих $M_4 = 0,81 \pm 0,04$, у повторнородящих $M_4 = 0,48 \pm 0,04$. У ряда рожениц отмечено ускорение раскрытия шейки матки. Из 120 рожениц у 7 наступило ослабление родовой деятельности (5,8%). Ослабление схваток в период от 2 час 45 мин до 10 часов после введения

аминазина произошло у 3 рожениц, позднее чем через 8 часов — у 4. Ослабление родовой деятельности у 4 последних рожениц мы склонны объяснить особенностями течения родов (плоский плодный пузырь, узкий таз и низкое поперечное стояние головки). После исключения этих четырех родов и одних патологических родов вторичная слабость родовой деятельности снижается до 1,7%.

Продолжительность III периода родов в среднем $M_5 = 17 \pm 0,6$ мин.

Средняя кровопотеря (в послеродовый и ранний послеродовый период) составляет $M_6 = 248 \pm 13$ мин. Отмечен рост кровопотери с увеличением дозы аминазина, однако делать такой вывод мы воздерживаемся, так как группа рожениц, получивших аминазин в дозе 50 мг, малочисленна.

Процент патологической кровопотери мы подвергли редукции, так как у ряда рожениц роды были патологическими вне связи с обезболиванием, а патологические роды сами дают кровотечение (многоводие, нефропатия, крупный плод). Многие женщины имели отягощенный акушерский анамнез. До редукции патологическая кровопотеря — 14,2%, после редукции — 3,7%.

Зависимость величины кровопотери от времени инъекции аминазина не установлена: время от инъекции до III периода родов, осложненных кровотечением, было от одного до 24 часов. Послед рождался всегда самостоятельно. Ручное обследование полости матки в связи с кровотечением произведено в 8,3%, после исключения заведомо патологических родов — в 1,8%. У ряда рожениц, имеющих острую кровопотерю, снижение АД было умеренным и не сопровождалось гемодинамическими расстройствами.

При обезболивании родов аминазином к кесареву сечению не прибегали ни разу, другие родоразрешающие операции (штицы, перинеотомия) производились не чаще обычного и не были связаны с обезболиванием.

Течение послеродового периода было правильным; среднее число койко-дней, проведенных в роддоме, — $7,9 \pm 0,3$.

Мы не наблюдали ни одного осложнения, описанного в литературе и встречающегося при длительном использовании больших доз аминазина.

Мы не отметили также отрицательного влияния аминазина на плод и новорожденного. Все дети родились живыми, лишь у 7 (5,8%) была легкая асфиксия, не связанная с обезболиванием (истинный узел пуповины, двукратное обвитие пуповины вокруг шеи, узкий таз и травма плода, нефропатия беременных). После исключения выраженной патологии в родах процент асфиксии новорожденного составляет 1,7%. Мертворождений и ранней смертности не было. Все дети развивались правильно.

ВЫВОДЫ

Однократное внутримышечное введение аминазина в дозе 12,5—50 мг в 58% дает болеутоляющий эффект, в 90% — выраженный седативный.

Аминазин не осложняет роды, не отражается на течении послеродового периода, не оказывает отрицательного влияния на плод и новорожденного.

Применение аминазина для обезбоживания родов показано у рожениц с неблагоприятным функциональным состоянием центральной нервной системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агафонов В. Г. Невропат. и псих. 1956, 2.—2. Деньгина Н. Д. и Южикова И. Тез. VIII Всесоюз. конф. фармакологов. 1960, Тбилиси.—3. Машковский М. Д., Либерман С. С., Полежаева А. И. Фармакология и токсикология. 1955, 1.—4. Персианинов Л. С. Акуш. и гинек. 1957, 5.—5. Paradis и др. Laval med. 1957, vol. 22, 4.—6. Vudinsky и др. Csl. Gynaek., 1958, 1/2.

Поступила 15 октября 1964 г.

УДК 618.3—008.6

О СОДЕРЖАНИИ КИСЛОРОДА В КРОВИ МАТЕРИ И НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ ПОЗДНИХ ТОКСИКОЗАХ БЕРЕМЕННОСТИ

М. П. Абаимов

Вторая кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Х. Х. Мещеров) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института и кафедра акушерства и гинекологии (зав. — доц. Я. Е. Кривицкий) Оренбургского медицинского института

Изучение содержания кислорода в крови беременных, рожениц и родильниц, страдавших поздним токсикозом беременности, а также у их новорожденных имеет большое практическое значение.