

чественные изменения. Данные электроэнцефалографии (снижение α -ритма, изменения корковой возбудимости) указывают на значительную реакцию коры головного мозга.

На рентгенограммах шейного отдела позвоночника в подавляющем большинстве случаев обнаруживаются отчетливые деформирующие изменения «унко-вертебральных сочленений». Наличие этих изменений подтверждает диагноз, однако отсутствие их не исключает его, поскольку рентгенологически выявляемые изменения иногда возникают значительно позже клинических. Поэтому вопрос о диагнозе решает клиническая картина. Весьма желательна обзорная рентгенография черепа: у 38,3% наших больных определяется значительное усиление сосудистого рисунка.

Методы лечения шейной мигрени еще не достаточно разработаны. Могут быть рекомендованы поперечный электрофорез с новокаином на шейный (а не на шейно-грудной, как принято) отдел позвоночника в чередовании с диатермией по той же методике, радоновые ванны, инъекции витаминов В₁₂, В₁, шейные паравертебральные обкалывания спиртово-новокаиновым раствором (внутрикожные и глубокие), алоэ, димедрол, анальгетики, седативные и общеукрепляющие средства. Очень полезны горчишки на шейно-затылочную область, а на ночь можно рекомендовать подкладывание нагретого мешочка с песком под шею, чем достигается и тепловой эффект и ограничение движений. В замученных случаях показана глубокая рентгенотерапия шейного отдела позвоночника — с весьма благоприятным эффектом. Лечение вытяжением, новокаиновая блокада звездчатого узла дают кратковременный эффект. Очень важно рациональное трудоустройство больных. В случаях незначительной давности заболевания терапевтический эффект лучше. По нашим наблюдениям, из 58 больных, леченных стационарно, выписано без эффекта лишь 3 больных (5,3%), 11 (18,9%) выписано с улучшением, а 44 (75,7%) — со значительным улучшением.

Основной вывод из всех наших наблюдений: шейная мигрень встречается довольно часто, имеет весьма обширную симптоматику и мало известна широкому кругу врачей. Своевременная диагностика может обеспечить успешную терапию шейной мигрени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арутюнов А. И. и Бротман М. К. Нов. хир. арх., 1960, 2. — 2. Балаян М. М. Тр. Укр. психоневр. ин-та, 1961, т. XXXII. — 3. Верещагин Н. В. Неврол. и псих. им. Корсакова, 1961, 9. — 4. Динабург А. Д. и Трещинский А. И. Невропат. и псих., 1955, 35, 10. — 5. Лапг-Белоголова Н. С. Клин. мед., 1948, 3. — 6. Пинчук В. К. Изменения нервной системы при деформирующем спондилезе шейного отдела позвоночника, Автореф. канд. дисс., Л., 1961. — 7. Попелянский Я. Ю. Невропат. и псих., 1959, 6. — 8. Русецкий И. И., Александрова Л. И., Андреева М. Н. Совр. невро. псих. и психогигиена, 1932, 1. — 9. Русецкий И. И. Сов. мед., 1946, 7. — 10. Bärtschi-Roschaix. Migräne cervicale. 1949. — 11. Barre J. A. Rev. neurol., 1926, 6. — 12. Campbell A. M., Phillips D. G. Brit. med. J., 1960, 5197. — 13. Exner G. Die Halswirbelsäule, Pathologie und Klinik. Stuttgart, 1954. — 14. Heyck H. Der Kopfschmerz. Stuttgart, 1959. — 15. Jackson K. The cervical syndrom. Springfield, 1959. — 16. Kroghdahl, Torgersen. Acta radiol., 1940, 21. — 17. Kunert W. Dtsch. Arch. klin. Med., 1957, 4. — 18. Lieon. Rev. neurol., 1928, 2. — 19. Morgenstern, Parade, Reischauer. В кн.: Die cervicale vertebrale-syndrome (Referate, Vorträge und Aussprache der III. Tagung der Vereinigung Niederrheinisch-Westfälischer Chirurgen in Essen. 18/IX 1954). — 20. Pia H. W., Tonnis W. Dtsch. med. Wschr., 1953, 78, 1089. — 21. Pichler E. Der Kopfschmerz. Wien, 1952. — 22. Schehan S., Bauer R., Meyer J. Neurologie, 1960, 10, 11.

Поступила 9 марта 1962 г.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ОБЩЕГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

В. А. Дьячкова и Т. Я. Крапивина

Акушерско-гинекологическая клиника (зав.— проф. А. М. Фой) лечебного факультета Саратовского медицинского института и анестезиологическое отделение 1-й клинической больницы Саратова

Из всех видов обезболивания, распространенных в настоящее время, общеприимным является поверхностный или даже анальгетический наркоз, который стал возможным в связи с введением в практику мышечных релаксантов. Последние, расслабляя мускулатуру, создают благоприятные условия для операции при минимальной подаче наркотического вещества. При этом угнетение дыхания, сердечной деятельно-

сти, функции печени, почек и другие осложнения стали большой редкостью. Быстрое пробуждение больных способствует раннему восстановлению кашлевого рефлекса, глубокого дыхания и является лучшим видом профилактики легочных осложнений.

Данный вид обезболивания занял законное место и при гинекологических операциях¹.

Применявшийся ранее в оперативной гинекологии простой эфирный наркоз велся на глубоком уровне, вызывая паралич не только мышц брюшной стенки, но и межреберных мышц. Дыхательная экскурсия легких осуществлялась за счет диафрагмы, которая в положении Тренделенбурга принимает на себя тяжесть органов брюшной полости. Следствием была нарастающая дыхательная недостаточность. Применение мышечных релаксантов позволяет вспомогательным или управляемым дыханием предотвратить или компенсировать сердечно-сосудистую и дыхательную недостаточность, вызванную положением Тренделенбурга.

В данной работе проанализировано течение наркоза при 630 гинекологических операциях в 1960 г. Интубационным способом проведено 268 наркозов (таблица 1).

Таблица 1

Виды интубационного наркоза Название операции	Тиопентал натрия, эфир, кураре	Тиопентал натрия, эфир, закись азота, кураре	Закись азота, кураре	Тиопентал натрия, закись азота, кураре
Расширенная экстирпация матки по Вертгейму — Брауде	4	16	—	—
Экстирпация матки с придатками	9	21	2	3
Надвлагалищная ампутация матки	29	80	2	5
Операции на придатках	25	48	—	10
Прочие	5	8	—	1
Всего	72	173	4	19

Масочных наркозов проведено 362, наркотическим веществом служили эфир или смесь эфира с закисью азота; вводным наркозом при большинстве масочных наркозов были тиопентал натрия или закись азота. Преимущество вводного наркоза очевидно: ускоряется время «вхождения в наркоз», больные не ощущают удушья, но при этом виде наркоза приходится считаться с возможной токсичностью больших доз эфира.

Наркоз велся по определенным схемам. Накануне больная получала 100 мг люминала и 20 мг димедрола, что обеспечивало хороший спокойный сон. За 45 мин до начала наркоза больным подкожно вводилось 0,5 мг атропина и 20 мг промедола. У 6 атропин в премедикации заменен скополамином. Эти больные имели сопутствующий тиреотоксикоз с выраженной тахикардией. Двое из них перед наркозом получили внутримышечно литическую смесь следующего состава: аминазин — 40 мг, димедрол — 40 мг, промедол — 40 мг, скополамин — 0,5 мг.

Потенцированным наркозом с применением перечисленных препаратов мы пользовались лишь по строгим к нему показаниям. Кроме двух упомянутых больных, литическая смесь вводилась еще трем другим больным, страдавшим шизофренией. Потенцированные наркозы велся только интубационно. План наркоза решался индивидуально и, если было нужно, менялся по ходу операции и наркоза.

Нами проведено обследование группы больных, оперированных в масочном наркозе. Кроме обычных показателей (пульс, АД, дыхание), мы регистрировали показатели оксигеометра и венозного давления.

Кривая флеботонометрии при помещении больных в положение Тренделенбурга упорно шла вверх, указывая на определенную степень гипертензии малого круга кровообращения и некоторые затруднения сердечно-сосудистой деятельности (вплоть до симптомов недостаточности правого сердца). Чем более тучная больная подвергалась оперативному вмешательству, тем значительнее были размахи показателей флеботонометра. У 50% исследованных венозное давление поднималось на 150—200 мм, достигая 260—280 мм при исходном давлении не выше 60—70 мм.

¹ Прим. ред. Данное высказывание справедливо лишь в отношении сложных гинекологических операций, где применение местной инфильтрационной анестезии затруднено.

Контрольная флеботонометрия у оперированных в горизонтальном положении дала очень умеренные колебания этих показателей.

Показатели оксигеметра с введением в положение Тренделенбурга снижались на 2—3%, а иногда и на 10—12%.

Совершенно иная картина наблюдалась при интубационном наркозе с мышечными релаксантами.

Относительный подъем венозного давления при вспомогательном дыхании мы объясняем повышением внутрилегочного давления, неизбежного при этом. Параллельное улучшение показателей оксигеметра утверждало правильность нашего суждения. При последующем полном выключении дыхания и управляемом дыхании в умеренном ритме и соответственной дыхательной экскурсии венозное давление снижается почти до исходных цифр или стабильно удерживается в пределах умеренной гипертензии.

Степень ограниченности дыхания при положении Тренделенбурга опытный наркотизатор хорошо чувствует при ручном управлении дыханием. У больных пониженной упитанности управление ведется легко, у больных выше средней упитанности — уже с напряжением. У тучных больных очень трудно поднять диафрагму, принявшую на себя тяжесть органов брюшной полости; это иногда ведет к нарастанию гипоксии (цианоз, тахикардия, повышенное АД) и необходимости вести управляемое дыхание спиропульсатором. К механическому управлению дыханием мы прибегали редко, но всегда имели хорошие результаты.

Из 268 интубационных наркозов нами проведено со спонтанным дыханием 34, с управляемым — 139 и с смешанным — 95.

Вспомогательное дыхание применялось нами при явной неадекватности спонтанного дыхания с намеренной кураровой релаксацией. Если вспомогательное дыхание не обеспечивало нормального газообмена, то управляемое дыхание восстанавливало состояние больной.

К управляемому дыханию с помощью спиропульсатора при гинекологических операциях нам пришлось прибегнуть всего у 4 больных. Три из них были очень тучные, у одной к управляемому дыханию пришлось прибегнуть после снятия бронхоспазма для ликвидации уже начинающейся гипоксии.

При оценке показателей АД и пульсовых кривых следует указать на учащение пульса и некоторое повышение АД во время наиболее травматичных моментов операции: выделения мочеточников, запирательных нервов, пересечения крестцово-маточных связок. Эти гемодинамические реакции отмечались в равной степени и в глубоком масочном наркозе, и в поверхностном интратрахеальном. Этот факт еще раз доказывает необоснованность углубления наркоза для снятия гемодинамических реакций.

С какими осложнениями нам пришлось встретиться?

Кратковременная гипоксия при затрудненной интубации возникла у одной больной и бронхоспазм — у другой; в одном случае имела острая печеночная недостаточность как следствие скрытой гепатопатии. У одной развился токсический послеоперационный гепатит. Страдали кратковременной рвотой в послеоперационном периоде 2 больные. У двух наблюдались пневмонии. В первых двух случаях осложнения быстро ликвидированы без последствий для больных.

ВЫВОДЫ

1. При гинекологических операциях поверхностный интубационный наркоз с мышечными релаксантами при минимальном количестве наркотического вещества обеспечивает хорошую релаксацию и ликвидирует отрицательные стороны положения Тренделенбурга.

2. При управлении дыханием у тучных больных следует предпочитать спиропульсатор с активным выдохом.

3. Измерение венозного давления во время операции и в положении Тренделенбурга в сочетании с наблюдением за клинической картиной наркоза помогает анестезиологу правильно понять происходящие в организме оперируемых сдвиги.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гринев М. М. и Глубоких В. В. Акуш. и гинек., 1960, 4. — 2. Жоров И. С. Акуш. и гинек., 1960, 4. — 3. Мешалкин и Смольников. Современный ингаляционный наркоз. М., 1959. — 4. Персианинов Л. С. и Умереннов Г. П. Акуш. и гинек., 1960, 4. — 5. Тасовая С. и Шкурина Т. Акуш. и гинек., 1960, 4. — 6. Ярош С. И. Акуш. и гинек., 1960, 4.

Поступила 17 апреля 1961 г.