

6/1 1981 г. интраамнионоально введено 220 мл 20% раствора хлористого натрия. Схватки не развивались. Через 18 ч начата наружная электростимуляция матки. Через 9 ч родился плод с массой тела 600 г, длиной 29 см. Послед выделился самостоятельно через 5 мин. Матка выскоблена, кровопотеря — 50 мл. Послеабортный период — без осложнений. Выписана на 6-й день.

3-ю группу составили 11 женщин, 8 из которых поступили в стационар в связи с отхождением вод и отсутствием родовой деятельности при сроке беременности 23—27 нед. У остальных трех женщин по показаниям произведена амниотомия в стационаре. Сразу же после отхождения вод или амниотомии начинали наружную электростимуляцию. Первые сокращения матки появлялись через 3—9 мин, которые затем прогрессировали и через 4—10 ч приводили к выкидышу.

Приводим наблюдение.

В., 20 лет, беременность первая. Диагноз: беременность 24 нед, острый пиелонефрит с явлениями нарастающей почечной недостаточности, гепаторенальный синдром, уросепсис, правосторонняя очаговая пневмония, ДН<sub>1</sub>, токсический миокардит.

7/XII 83 г. в 14 ч произведена амниотомия. Через 30 мин. начата наружная электростимуляция. Первая схватка появилась через 3 мин. Через 8 ч 30 мин. родился плод с массой тела 600 г, длиной 24 см. Послед выделился через 5 мин самостоятельно. Матка выскоблена. Кровопотеря — 300 мл. Послеабортный период — без осложнений. Переведена в урологическое отделение на 8-й день после аборта.

Послеабортный период у всех женщин протекал без осложнений.

Таким образом, наши наблюдения показывают, что использование наружной электростимуляции матки в комплексе мероприятий по прерыванию беременности на поздних сроках ускоряет рождение плода, причем значительно уменьшается опасность развития послеабортного кровотечения (в наших наблюдениях кровопотеря составила в основном от 50 до 150 мл). Этому способствовало продолжение электростимуляции в последовом периоде и во время опорожнения матки от остатков последа и децидуальной оболочки. Послед, как правило, выделялся самостоятельно через 3—5 мин после рождения плода. Инструментальная ревизия проведена у всех 38 женщин.

В прошлые годы при использовании интраамнионоального введения гипертонического раствора хлористого натрия и медикаментозной стимуляции кровопотеря до 200 мл была у 88,1% женщин, свыше 200 мл — у 11,9%, а одна женщина умерла от гипофибриногенемического кровотечения.

Следовательно, наружная электростимуляция матки в комплексе мероприятий по производству аборта на поздних сроках способствует эффективному его завершению, снижению кровопотери и возможных осложнений. Послеабортный койко-день составляет в среднем 6,5. При этом положительное значение имеет исключение лекарственной нагрузки на организм женщины во время сеансов электростимуляции. Метод прост и доступен практическому врачу.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Персианинов Л. С., Хасин А. З. В кн.: Электронная аппаратура для стимуляции органов и тканей. Под ред. Р. И. Утямышева и М. Враны. М., Энергоатомиздат, 1983.— 2. Пронина Г. М., Тузанкина Е. Б. Акуш. и гин., 1974, 11.

Поступила 19 марта 1984 г.

УДК 618.14—007.42—089.87—089.5—032:611.83

## ПЕРИДУРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ВЛАГАЛИЩНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ МАТКИ ПО ПОВОДУ ЕЕ ВЫПАДЕНИЯ

В. М. Белоухов, Ф. М. Сабиров, А. А. Хайруллина, Н. И. Ильясов,  
М. М. Шакурова, Н. А. Захаров, И. Ф. Сабиров

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав.— проф. Н. Л. Капелюшник), кафедра анестезиологии и реаниматологии (зав.— доц. Ф. Н. Казанцев) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина, Тукаевская ЦРБ (главврач — И. Г. Хайруллин) ТАССР, больница скорой помощи (главврач — И. Г. Ишкинеев) г. Брежнев

При значительном опущении и выпадении половых органов лечебная физкультура, массаж, а также ношение пессариев являются неэффективными. Единственным надежным способом устранения данной патологии становятся хирургические методы.

Поскольку эти нарушения встречаются в основном в пожилом и старческом возрасте, их хирургическое лечение и обезболивание имеют особенности.

Под нашим наблюдением находились 32 больные в периоде постменопаузы. До 60 лет было 6 больных, с 61 до 75 — 26. Моложе всех была больная 52 лет, которая в 1958 г. перенесла миомэктомию, а в 1961 г. надвлагалищную ампутированную элонгация и выпадение культи шейки матки и стенок влагалища. Почти все пациентки постоянно выполняли тяжелую физическую работу. У большинства из них констатированы заболевания сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, эндокринные нарушения и ожирение II — IV степени. Менструации устанавливались с 12 — 18 лет и проходили через 4 нед, по 3 — 5 дней, без болей. Полевая жизнь — с 19 — 30 лет. Родов было 1 — 11, аборт — 1 — 12. Постменопауза — в течение 1 — 31 года.

При кольпоскопическом, цитологическом и гистологическом исследованиях до и после операции выявлены заболевания, сопутствующие выпадению матки и стенок влагалища (см. табл.), причем у некоторых больных наблюдалось сочетание двух или трех нарушений.

**Заболевания, сопутствующие выпадению стенок влагалища и матки**

Заболевания	Число наблюдений
Рак in situ влагалищной части шейки матки	1
Лейкоплакия шейки матки	12
Железисто-мышечная гиперплазия шейки матки	9
Декубитальная язва шейки матки	6
Элонгация шейки матки	10
Железистый полип цервикального канала	5
Аденоматоз эндометрия	3
Эндометриоз тела матки II стадии	3
Субмукозно-интерстициально-субсерозная миома тела матки	1
Ретенционная (фолликулярная) киста яичника	1

Всем больным до операции проводили детальное клинико-биохимическое обследование. Предоперационная подготовка длилась 7 — 10 дней. Назначали лечебную гимнастику, щадящую диету, масляные клизмы через день. Премедикацию осуществляли накануне операции вечером и утром. Непосредственно перед операцией вводили М-холинолитик (атропин, скополамин), наркотический анальгетик (промедол, морфин), антигистаминный препарат (димедрол, пипольфен, супрастин), а у больных с повышенной эмоциональной возбудимостью — седуксен. Дозы препаратов зависели от состояния больных. Операции производили под перидуральной анестезией.

Перидуральное пространство пунктировали на уровне T12—L4 с последующей катетеризацией. Для анестезии использовали тримекаин (2% и 3% растворы), дикаин (1% и 0,3% растворы) либо лидокаин (2% раствор). В большинстве случаев применяли пломбированные растворы.

Дыхание у больных оставалось спонтанным. Для усиления обезболивающего эффекта во время операции и в послеоперационном периоде у 25 больных в перидуральное пространство вводили 2 — 3 мг морфина или 10 мг промедола в 10 мл физиологического раствора. Седативный эффект во время операции достигали внутривенным вливанием седуксена или оксибутирата натрия.

У всех больных анальгезия была достаточной. У половины женщин гемодинамические показатели оставались стабильными. У части имелась тенденция к снижению АД. У 6 женщин АД уменьшилось до 9,3/5,3 кПа, что, как правило, сопровождалось увеличением периферического кровотока. Основной причиной гипотензии при перидуральной анестезии является, по-видимому, несоответствие объема крови сосудистому руслу. Для регуляции кровообращения в подобных случаях проводили инфузию кровезаменителей. У части больных для той же цели применяли кетамин в дозе 25 — 50 мг. Благодаря его кардиостимулирующему действию с увеличением в плазме крови катехоламинов удавалось поддерживать гемодинамические показатели на оптимальном уровне.

Наблюдение за системой гемостаза позволило выявить увеличение фибринолитической активности крови в физиологических пределах, что, по нашему мнению, является положительным эффектом перидуральной блокады, позволяющим снизить частоту послеоперационных тромбозов.

Эпидуральное введение наркотических анальгетиков обеспечивало не только операционную, но и послеоперационную анальгезию с хорошим эффектом у 85% женщин. Таким больным в послеоперационном периоде наркотических анальгетиков не назначали. Влагалищную экстирпацию матки проводили по общепринятой мето-

дике: сочетание с передней кольпорафией и задней кольпоперинеографией. Одной больной, страдавшей раком шейки матки *in situ*, и трем пациенткам по поводу аденоматоза эндометрия придатки матки были удалены с обеих сторон, у остальных женщин они сохранены. С целью облегчения сепаровки шейки матки во время экстирпации и стенок влагалища при пластике производили инфильтрацию этих органов 0,9% раствором хлорида натрия.

В настоящее время наиболее рациональна достаточно большая пластика передней и задней стенок влагалища и наложение на стенку мочевого пузыря в поперечном направлении 3 — 4 капроновых узловых швов. При задней кольпоперинеографии на ножки леваторов накладываются 3 капроновых узловых шва, во влагалище вводится на 6 ч сухая марлевая полоска. На 3 — 4-й день после операции одним пальцем даются влагалищное исследование с целью предупреждения слипания ран передней и задней стенок влагалища. До 6-го дня назначается жидкая диета, затем стол № 4, на 6-й день — масляная клизма и после стула снимаются швы с промежности. Встают больные обычно на 7 — 8-й день после операции.

Наш опыт показывает преимущества влагалищной экстирпации матки по сравнению со срединной кольпорафией. Исходя из существующих изменений влагалищной части шейки матки, цервикального канала и эндометрия у большинства больных, страдающих выпадением матки и стенок влагалища, радикальная операция предупреждает развитие рака шейки и тела матки. Как известно, после срединной кольпорафии по Лефору—Нейгебауэру шейка и тело матки становятся недоступными для исследования. В случае возникновения патологии шейки или тела матки она выявляется только после распространения процесса на соседние органы.

При выпадениях стенок влагалища и матки чаще производим вентерофиксацию по Григорию. Общая продолжительность влагалищной экстирпации матки в сочетании с передней кольпорафией и кольпоперинеографией занимает 1 — 1,5 ч. Более длительными бывают лишь операции при рецидивах выпадения стенок влагалища и матки. Кровопотеря при этих операциях не превышает 100 — 200 мл.

В заключение следует отметить, что перидуральная анестезия у пожилых больных является методом выбора, противопоказания к ее проведению весьма ограничены. Осложнения сводятся к минимуму, поэтому можно надеяться на ее более широкое внедрение в клиническую практику.

Поступила 10 января 1984 г.

## ОБЗОРЫ

УДК 616.3—009.1—072

### МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В КЛИНИКЕ

*В. Е. Анисимов, Е. И. Вернидуб.*

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней педиатрического факультета (зав.— проф. А. В. Виноградов) 2-го Московского медицинского института имени Н. И. Пирогова*

В клинике заболеваний органов пищеварения знание патологии двигательной функции желудочно-кишечного тракта имеет большое значение. Характер этой патологии интересует врачей многих специальностей. Однако моторно-эвакуаторная функция желудка и кишечника в клинических условиях изучается недостаточно, хотя методов исследования моторики пищеварительного тракта довольно много.

Все методы регистрации моторной функции желудочно-кишечного тракта основываются на одном из четырех принципов: 1) регистрация изменений внутриполостного давления; 2) рентгеновское и радионуклидное исследование продвижения контрастного вещества по пищеварительному каналу; 3) регистрация электрических потенциалов, связанных с моторной деятельностью пищеварительного канала; 4) регистрация звуковых явлений, возникающих при работе кишечника.

Методы регистрации изменения внутриполостного давления делятся на несколько видов: баллонокимографический, метод открытого катетера (безбаллонный) и радиотелеметрический.