

С. А. КУРДИАН, С. А. ПАИТЯН, К. А. СААКЯН, А. Г. АНЖЕЛОВА

ЗНАЧЕНИЕ МЕСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ ПРИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ В УСЛОВИЯХ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

Представлены результаты применения местной инфильтрационной анестезии (МИА) при акушерско-гинекологических операциях. Показано, что МИА в сочетании с нейролептиками, анальгетиками и транквилизаторами является целесообразным, простым и относительно безвредным методом обезболивания, который может быть применен при наличии противопоказаний к общему обезболиванию.

В настоящее время число осложнений, вызванных применением анестезиологических средств, значительно возросло [7, 9]. Наиболее опасными из них являются: синдром Мендельсона, острая гипотензия, синдром нижней полой вены, артериальная гипотония, сочетающаяся, как правило, с угнетением дыхания. По данным Smalhout [13], смертность в результате применения общего обезбоживания составляет 25—30% операционной летальности, что связано, по мнению автора, с необоснованным расширением показаний к общему обезболиванию.

По данным Г. Н. Захаровой [2], удельный вес местной инфильтрационной анестезии (МИА) среди других методов обезболивания значительно превалирует, достигая 61,8%, а в сельской местности МИА применяется в 80% случаев. В настоящее время МИА по способу А. В. Вишневого [1] нашла широкое применение в акушерско-гинекологической практике, особенно в районных и сельских больницах, где не налажена современная анестезиологическая служба. На целесообразность применения МИА указывают данные литературы [3, 5, 6—8, 11, 12].

В данной работе обобщен многолетний опыт применения МИА при акушерско-гинекологических операциях. Первоначально нами применялся 0,25% раствор новокаина на физиологическом растворе. При плановых операциях на ночь больным назначался 0,1 люминала, за час до операции внутримышечно вводился 2 мл 2% раствора промедола и 1 мл 0,1% раствора атропина. В последующем МИА применялась нами как в чистом виде, так и в сочетании с нейролептиками, анальгетиками и транквилизаторами. Сбалансированную анестезию проводили внутривенным введением седуксена (0,15—0,2 мг/кг), фентанила (0,003—0,004 мг/кг) и дроперидола (0,26 мг/кг). С целью снятия возбужденности больным в операционной дополнительно вводили дроперидол в дозе 0,1 мг/кг. При этом в обязательном порядке проводилась психологическая подготовка больных. Во всех случаях применения МИА учитывались данные гемодинамики и дыхания.

Из 1175 акушерско-гинекологических чревосечений 674 были произведены под МИА как в чистом виде, так и в сочетании с психотроп-

ными препаратами: миома матки—67 (из них надвлагалищная ампутация матки без придатков—48, с придатками той или другой стороны—19), удаление опухолей яичников—134, вентрофиксация и вентросуспензия матки при выпадении половых органов—64, параовариальные кисты—26, консервативная миомэктомия—12, внематочная беременность с удалением маточной трубы—74 и с удалением придатков матки—34, резекция яичников по поводу склерополикистоза и простых кист яичника—56, пробное чревосечение—8, операции при перфорации матки во время медицинского аборта—4, кесарево сечение—91.

Из влагалищных операций произведено: пластика влагалища и промежности—72, удаление кисты влагалища (гартнеровского хода)—4, удаление кисты малых и больших половых губ—4, удаление кисты бартолиевой железы—12, перинеотомия и эпизиотомия—86, ушивание разрыва промежности при родах—868, пункции заднего свода влагалища—64.

Бесспорно преимущество МИА при абдоминальном кесаревом сечении. Оно заключается в полной безопасности как для матери, так и для плода, а также в отсутствии отрицательного влияния на сократительную деятельность матки после операции. Осложнения при МИА крайне редки и возникают в основном от передозировки новокаина. Смертных случаев при МИА нами не отмечалось.

Таким образом, на основе большого клинического опыта мы пришли к заключению, что при акушерско-гинекологических операциях, где эндотрахеальный наркоз не является облигатным и единственно возможным способом обезболивания, целесообразно применение МИА как наиболее простого, безопасного обезболивания. Особенно эффективно применение МИА в сочетании с психотропными препаратами.

При операциях внематочной беременности в связи с внутрибрюшинным кровотечением, вызывающим раздражение брюшины, применение МИА считается нецелесообразным.

Профилактика возможных осложнений при МИА заключается в выявлении повышенной индивидуальной чувствительности к новокаину, противопоказаний и тщательном соблюдении дозировки и методики обезболивания.

Безвредность и безопасность МИА по сравнению с другими видами обезболивания должны способствовать ее широкому применению в акушерско-гинекологической практике.

Абовянская ЦРБ

Поступила 24/II 1987 г.

Ս. Ա. ՔՈՒՐԴՅԱՆ, Ս. Հ. ՓԱՅՏՅԱՆ, Կ. Ա. ՍԱՀԱԿՅԱՆ, Ս. Գ. ԱՆԺԵԼՈՎԱՆ
ՏԵԴԱՅԻՆ ԱՆՁԳԱՅԱՑՄԱՆ ՆՇԱՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆԸ ԺԱՄԱՆԱԿԱԿԻՑ
ԱՆՆՍԹԵԶԻՈՒՈՂԻԲԱՅՈՒՄ ՄԱՆԿԱՔԱՐԶԱ-ԳԻՆԵԿՈՂՈՂԻԲԱԿԱՆ
ՎԻՐԱՀԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ ՇՐՋԱՆԱՅԻՆ
ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԻ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՒՄ

Հոդվածում ամփոփված են վիրահատությունների արդյունքները տեղա-
յին անդաշտում:

Տեղային անզգայացումով, ինչպես առանձին, այնպես էլ պսիխոտրոպ դեղանյութերով, կատարվել են կոնսերվատիվ միոէկտոմիա, ձվարանի կիստայի և այլ ուռուցքների հեռացում, ձվարանների ռեզեկցիա, արտանկումների պատճառով պլաստիկ վիրահատություններ, կեսարյան հատում, բազմաթիվ վիրահատություններ արտաքին սեռական օրգանների վրա:

Նշելով այս տվյալներից նպատակահարմար է այն դեպքերում, երբ էնդոտրախեալ անզգայացումը պարտադիր չէ, նախընտրել տղեային անզգայացումը, որպես ավելի մատչելի, տեխնիկապես պարզ և ամենակարևորը՝ առավել անվտանգ մեթոդ:

S. A. KOURDIAN, S. A. PAYTIAN, K. A. SAHAKIAN, A. G. ANJELOVA

THE SIGNIFICANCE OF THE LOCAL ANESTHESIA IN CONTEMPORARY ANESTHESIOLOGY IN OBSTETRIC-GYNECOLOGIC OPERATIONS IN CONDITIONS OF REGIONAL HOSPITALS

The data on the application of the local infiltrative anesthesia in obstetric-gynecologic operations are brought. It is shown that this anesthesia combined with neuroleptics, analgetics and tranquilizers is comparably harmless and safe and can be used in conditions of regional hospitals.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Вишневский А. В. Местное обезболивание по методу ползучего инфильтрата. М., 1956.
2. Золарова Г. Н., Дьяченко В. О., Шехов В. П. В кн.: Развитие идей А. В. Вишневского в хирургии и обезболивании. Казань, 1974, с. 135.
3. Козлов И. Ф., Дьяконов П. И. Сб. работ Казанского мед. института. Казань, 1933, с. 5.
4. Кузин М. И., Харнас С. Ш. Местное обезболивание. М., 1982.
5. Маненков П. В., Андрезен Н. В. Наша техника местной инфильтрационной анестезии при акушерско-гинекологических операциях. Казань, 1956.
6. Персианинов Л. С. Местная анестезия по Вишневскому при акушерских и гинекологических операциях. М., 1955.
7. Рябов Г. А., Семенов В. Н., Шехов В. П. Экстренная анестезиология. М., 1983.
8. Фриновский В. С. Регионарная анестезия при гинекологических операциях. М., 1963.
9. Langrehr P., Aingbartl G., Arnold R. et al. Parkt. Anesth Wiederb., 1978, 13, 5 345.
10. Lauwers P. Acta Anaesth. Belg., 1978, 29, 1, 19.
11. Makuria T., Alexander-Williams J., Keighley M. R. E. Ann. Coll. Surg. Engl., 1979, 61, 291.
12. Passeto A., Bartolon, Passerelli M., Aschia S. Acta Anaesth., 1978, 29, 5, 863.
13. Smalhout B. Acta Anaesth. Belg., 1978, 29, 1, 5.