

1. Методом выбора при операции наложения акушерских щипцов, производящейся с целью выключения потуг, у больных пороками сердца можно считать масочный пентрано-закисно-кислородный наркоз.

2. При операции наложения акушерских щипцов в связи с асфиксией плода показан наркоз сомбревином или закисно-кислородная анальгезия с введением миорелаксантов.

3. Показаниями к наркозу с использованием фторотана можно считать высокую гипертонию и повышенную опасность возбуждения и рвоты (например, при преэклампсии).

ЛИТЕРАТУРА. Агапов Ю. Я. В кн.: Справочник по анестезиологии и реаниматологии. М., 1970, с. 275. — Ванина Л. В. Беременность и роды при пороках сердца. М., 1971. — Калнина Л. М., Цауне А. А., Розите В. Я. В кн.: Материалы научных работ 6-й республиканск. конференции врачей акушеров-гинекологов. Рига, 1965, с. 56. — Ланцев Е. А. Тез. докт. к 17-й научной сессии Ин-та акушерства и гинекологии АМН СССР. Л., 1965, с. 22. — Новицкий Н. Н. Акуш. и гин., 1966, № 4, с. 40. — Персианинов Л. С., Умеренков Г. П. Труды 2-го съезда акушеров-гинекологов РСФСР. М., 1967, с. 111.

Поступила 13/XI 1973 года.

COMPARATIVE ASSESSMENT OF VARIOUS METHODS OF GENERAL ANESTHESIA IN FORCEPS APPLICATION TO PATIENTS WITH DISEASES OF THE HEART

S. S. Pavlova

The author compared 4 methods of anesthesia used to-day in forceps application to parturients with diseases of the heart; advantages and drawbacks of each of these methods were determined. Mask pentrane-nitrous oxide anesthesia is considered to be the method of choice in the mentioned group of patients.



УДК 618.3-06:616.8-009.24]-06:616.12-008.311

Л. Е. Маневич, Т. М. Конторер, В. Я. Табак

О МЕХАНИЗМЕ РАЗВИТИЯ И ЛЕЧЕНИИ ТАХИКАРДИИ У БОЛЬНЫХ ЭКЛАМПСИЕЙ

Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии (дир. — проф. О. Д. Мацпанова) и лаборатория экспериментальной физиологии по оживлению организма (руководитель — член-корр. АМН СССР проф. В. А. Неговский)
АМН СССР

В последние годы появилось большое число сообщений, касающихся изменений сердечно-сосудистой системы при позднем токсикозе беременных (Е. И. Кулагина; Н. К. Дегерменджи; В. Н. Демидов; и др.), однако работ, посвященных анализу причин нарушений сердечного ритма при эклампсии, мы не встретили. Тем не менее этот вопрос представляет значительный интерес, поскольку характер сердечной аритмии определяет важные элементы комплексной терапии основного заболевания.

В настоящей работе приводятся данные, полученные при лечении 128 больных эклампсией различной степени тяжести.

Комплексная терапия эклампсии включала наркоз (фторотан, ви-адрил), гипотензивные и сосудорасширяющие средства (ношпа, эуфиллин, дибазол, ганглиоблокаторы, сернокислую магнезию), трансфузионную терапию (препараты реологического действия, белковые плазмозаменители, кровь), диуретики (лазикс, маннитол), антигистаминные препараты, стероидные гормоны и пр. При нарушениях внешнего дыхания, необходимости оперативного вмешательства или некупирующихся припадках эклампсии применяли искусственную вентиляцию легких.

Из 128 больных пороки сердца имелись у 2, у остальных органических поражений сердца, требовавших проведения специфической кардиальной терапии, не отмечалось. Однако у всех наблюдавшихся нами больных на том или ином этапе заболевания возникала выраженная тахикардия — частота сердечного ритма достигала 120 и более сердечных сокращений в минуту, причем у 60 больных зарегистрировано более 140 сердечных сокращений в минуту, а у 1 отмечена тахикардия порядка 180 сердечных сокращений в минуту.

Следует отметить, что резкое увеличение частоты сердечных сокращений (независимо от вызвавшей его причины) обуславливает существенное уменьшение минутного объема сердца и коронарного кровотока, а также перераспределение крови из большого круга кровообращения в малый и подъем давления в системе легочных сосудов, что может привести к развитию так называемого аритмического коллапса или отека легких. Вследствие этого длительная выраженная тахикардия и обусловленные ею нарушения гемодинамики резко усугубляют тяжесть состояния больной и приобретают самостоятельное значение.

Анализ клинических данных, в частности данных ЭКГ, позволил отнести все случаи наблюдавшейся нами тахикардии к синусовой. Об этом свидетельствовали наличие предсердного зубца *P* нормальной амплитуды и интервала *P—Q* со стабильной длительностью от 0,12 до 0,14 с. Кроме того, тахикардия, как правило, развивалась постепенно на протяжении нескольких часов, иногда резко усиливаясь после припадка эклампсии. Урежение ритма сердечных сокращений также протекало постепенно соответственно улучшению состояния больных. У ряда больных тахикардия развивалась в полиурической фазе после применения массивных доз диуретиков. Однако и у этих больных учащение сердечных сокращений развивалось постепенно.

У некоторых больных в целях снижения частоты ритма были применены сердечные гликозиды (коргликон, строфантин) или внутривенно введенный новокаиномид (5—10 мл 10% раствора на 10 мл 40% раствора глюкозы). При этом было также отмечено постепенное незначительное урежение частоты сердечных сокращений.

Указанные данные позволяют уверенно исключить пароксизмальную суправентрикулярную тахикардию, для которой, как известно, характерны внезапное начало и конец приступа и соответствующие электрокардиографические признаки.

В основе механизма возникновения синусовой тахикардии при эклампсии, вероятно, лежат несколько факторов: гипоксия, которая является обязательным компонентом развернутой клинической картины эклампсии; интоксикация, обусловленная нарушениями метаболизма и функции паренхиматозных органов (печени, почек) и гипокалиемия, обусловленная повышением потерь иона калия на фоне стрессового состояния, сопровождающегося гипоксией, и вследствие применения массивных доз диуретиков. Нами наблюдалась относительная и абсолютная гипокалиемия — содержание калия в плазме крови колебалось от 2,29 до 4,3 мэкв/л, в то время как содержание натрия было в пределах 125,4—161 мэкв/л.

Можно предполагать, что тахикардия у больных эклампсией была обусловлена различными сочетаниями указанных факторов, что и должно определять конкретную терапевтическую тактику.

На фоне комплексной терапии эклампсии для нормализации сердечного ритма в настоящее время применяем поляризующую смесь. Обычно переливаем внутривенно капельно 3—5 г хлористого калия в виде 1% раствора в 10% растворе глюкозы с соответствующим количеством инсулина — 1 ед. инсулина на 2—4 г сухого вещества глюкозы. Это мероприятие оказывается достаточным для существенного замедления частоты сердечного ритма (на 20—40 сокращений в минуту).

В свою очередь достигнутый терапевтический эффект косвенно свидетельствует о нормализации калиево-натриевого баланса.

Применение сердечных гликозидов в условиях гипокалиемии связано с возможностью развития интоксикации, поэтому назначение их допустимо только на фоне внутривенного введения хлористого калия. В ряде случаев одно лишь введение поляризующей смеси достаточно для нормализации сердечного ритма и исключает необходимость применения сердечных гликозидов.

ЛИТЕРАТУРА. Дегерменджи Н. К. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы при позднем токсикозе беременных. Автореф. дисс. канд. Новосибирск, 1971. — Демидов В. Н. Акуш. и гин., 1971, № 4, с. 21. — Он же. Там же, 1972, № 9, с. 47. — Кулагина Е. И. Труды 2-го съезда акушеров и гинекологов РСФСР. М., 1967, с. 240.

Поступила 25/VI 1973 года.

THE MECHANISM OF DEVELOPMENT AND TREATMENT OF TACHYCARDIA IN PATIENTS WITH ECLAMPSIA

L. E. Manevich, T. M. Kontorer, B. Ya. Tabak

On the basis of the data obtained as a result of treatment of 128 patients suffering from eclampsia it was established that, despite the absence of any cardiac pathology, there developed sinus tachycardia of various intensity in all the observations. Hypokaliemia, hypoxia and toxemia served as causes of tachycardia. Potassium preparations and agents normalizing tissue metabolism should be used to correct tachycardia. The use of anti-arrhythmic agents in patients with eclampsia is inexpedient.



УДК 618.39-039.12-085.216.2-032:611.96

Р. И. Ильина

ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИТАЗОВЫХ НОВОКАИНОВЫХ БЛОКАД В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ УГРОЖАЮЩИХ И НАЧИНАЮЩИХСЯ ПОЗДНИХ ВЫКИДЫШЕЙ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Л. А. Решетова) Кемеровского медицинского института

Частота невынашивания беременности, несмотря на применение гормональных препаратов, витаминов и других методов лечения, остается высокой и колеблется от 4 до 15% (Е. Ф. Попова; Л. А. Решетова; П. Г. Шушания; В. Г. Орлова; И. И. Бенедиктов).

Учитывая, что наиболее часто поздние выкидыши и преждевременные роды возникают вследствие повышенной возбудимости рецепторного аппарата матки и нервных сплетений в области малого таза, обусловленной различными причинами, нами была применена внутритазовая новокаиновая блокада с целью прерывания патологических импульсов, идущих с периферии в центр и обратно.

В эксперименте на животных и в клинических условиях Я. А. Дульцин, О. В. Масловская доказали, что введение больших доз новокаина снижает сократительную деятельность матки или полностью прекращает ее, понижает чувствительность мускулатуры матки к окситотическим веществам.

Внутритазовая новокаиновая блокада проводилась нами по методике Л. Г. Школьниковой и В. И. Селиванова, которая применялась ими при переломах таза. Внутритазовая блокада, предложенная этими авторами, является одним из видов футлярной новокаиновой блокады А. В. Вишневого. Как показали экспериментальные исследования