

## ЛЕЧЕБНЫЙ АКУШЕРСКИЙ НАРКОЗ ДРОПЕРИДОЛОМ, ПРОМЕДОЛОМ И ПИПОЛЬФЕНОМ В ТЕРАПИИ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

А. К. СЕМЕНЮК, Н. Ф. ЛЫЗИКОВ

Кафедра акушерства и гинекологии (заведующий — профессор Н. Ф. Лызи-  
ков) Витебского медицинского института

Слабость родовой деятельности занимает одно из первых мест среди патологии родов и нередко приводит к тяжелым осложнениям, угрожающим жизни матери и плода. Частота слабости родовой деятельности колеблется от 2,06 до 10% (А. И. Петченко, 1956; В. А. Струков, 1960; Н. С. Бакшеев, 1960 и др.).

С 1972 г. для лечебного акушерского наркоза в родах, осложненных слабостью сократительной деятельности нами применяются дроперидол (5 мг), промедол (40 мг) на фоне антигистаминного препарата пипольфена (50 мг). Эти препараты вводятся внутримышечно в одном шприце. Дроперидол наиболее активное средство нейролептического ряда, почти не вызывает побочных явлений, потенцирует действие окситоцина. Промедол же оказывает выраженное анальгетическое и спазмолитическое действие.

Ценным свойством промедола является его способность усиливать эффект нейролептических средств (В. В. Абрамченко, 1964, А. М. Фой, 1969 и др.). Пипольфен обладает симпатолитическим и антигистаминным действием (Г. П. Умеренков, 1973 и др.). Сочетание промедола и пипольфена не оказывает отрицательного влияния ни на один из параметров сократительной деятельности матки, а при слабости схваток вызывает отчетливое увеличение маточного тонуса и интенсивности сокращения (Б. М. Газдиева, 1972). Следует отметить, что промедол и пипольфен имеют разные точки приложения действия: пипольфен отчетливо изменяет передачу возбуждения в области ретикулярной формации стволовой части головного мозга, а промедол действует на вставочные нейроны спинного мозга (Г. П. Умеренков, 1973). Показанием для назначения лечебного акушерского наркоза служило наличие отрицательной окситоциновой пробы (Н. Ф. Лызиков, А. К. Семенюк, 1976).

Лечебный акушерский наркоз дроперидолом, промедолом и пипольфеном применен нами у 106 рожениц со слабостью сократительной деятельности матки. Через 15—20 минут после введения указанных средств наступил сон близкий к физиологическому. Продолжительность сна 2—3 часа. Во время лечебного акушерского наркоза роженица доступна контакту, при этом достигается третий уровень первой стадии наркоза. Данные влагалищного исследования свидетельствуют о том, что увеличение открытия маточного зева не происходило, женщины чувствовали себя отдохнувшими. Назначение в дальнейшем средств родоактивации привело к развитию удовлетворительной сократительной активности матки.

Анализ клинического течения родов у 106 рожениц и данных гистерографии у 23 женщин не выявил угнетающего влияния лечебного акушерского наркоза на сократительную деятельность матки. Отмечено снижение артериального давления на 5—15 мм рт. ст. с последующей его стабилизацией. Пульс при этом учащался с  $73,3 \pm 1,0$  до  $79 \pm 1,07$  ударов в 1 мин. ( $P < 0,1\%$ ). При исследовании у 28 рожениц показателей кислотнощелочного равновесия до лечебного акушерского наркоза и после него

**Показатели содержания лактатдегидрогеназы и гликолиза у рожениц при слабости родовой деятельности до и после лечебного акушерского наркоза**

Время исследования	Глюкоза, мг%	Молочная кислота, мг%	Пировиноградная кислота, мг%	Коэффициент интенсивности гликолиза	ЛДГ <i>мк-моль</i> пировиноградной кислоты
До лечебного акушерского наркоза	134,24 ± 1,24	46,70 ± 0,45	1,82 ± 0,01	25,61 ± 0,12	14,01 ± 0,15
После лечебного акушерского наркоза	91,29 ± 1,62	33,99 ± 0,63	1,55 ± 0,13	21,93 ± 0,33	4,93 ± 0,24
P	< 0,1%	< 0,1%	= 2%	< 0,1%	< 0,1%

**Примечание:** статистическая обработка произведена по методу Монцевичюте — Эрингене (1966).

выраженного влияния на состояние дыхательной функции крови матери не установлено.

Мы определили содержание глюкозы, молочной и пировиноградной кислоты у 25 рожениц, активность лактатдегидрогеназы (ЛДГ) — у 10 женщин со слабостью родовых сил до и после лечебного акушерского наркоза (табл.). Содержание молочной кислоты в крови определили по методу Баркерау-Симмерсона, пировиноградную кислоту — по методу Фридмана-Хaugена, глюкозу — ферментативным методом по Лукомской и Городецкому. Сывороточную ЛДГ исследовали по методу Совелла и Товарена. Приведенные в таблице данные свидетельствуют, что при слабости родовой деятельности увеличивается анаэробный гликолиз. После лечебного акушерского наркоза снижается коэффициент интенсивности гликолиза и активности ЛДГ, уменьшается содержание недоокисленных продуктов. Это является важным условием для нормализации сократительной деятельности матки.

После лечебного акушерского наркоза роды у первородящих закончились в среднем через  $6,53 \pm 0,31$  часа, у повторнородящих через  $3,58 \pm 0,38$  часа. Средняя продолжительность родов у первородящих составила  $21,43 \pm 0,29$  часа, у повторнородящих —  $14,16 \pm 0,59$  часа.

При проведении роженицам лечебного акушерского наркоза дроперидолом, промедолом и пипольфеном снизилась частота разрывов шейки матки с 23,4% и промежности — 15,4% соответственно до 14,6% и 12,3%. Родоразрешено оперативными методами всего 6,6% женщин, в том числе акушерские щипцы применены у 2,8%, вакуум-экстракция плода — у 1,9%, кесарево сечение — у 1,9%, а в контрольной группе — у 8,81% женщин. Частота послеродовых эндометритов снизилась с 5,5 до 3,7%. Средняя кровопотеря в родах после лечебного акушерского наркоза у первородящих составила  $280 \pm 13$  мл, у повторнородящих  $321 \pm 38$  мл, а в контрольной группе  $301 \pm 9$  и  $274 \pm 16$  мл.

Для оценки состояния новорожденных мы пользовались шкалой Апар. В асфиксии родилось 7,54% новорожденных, из них у 6,6% была легкая степень, у 0,94% — тяжелая. Родился мертвым один ребенок. Важнейшим объективным методом оценки влияния лекарственных веществ на дыхательную функцию плода является биохимическое исследование его крови. Состояние кислотно-щелочного равновесия изучено у 28 новорожденных до первого вдоха. Анализ полученных данных показал, что в крови доношенных детей, родившихся самопроизвольно, имеется метаболический ацидоз, степень которого не выходила за пределы

допустимых колебаний. Методом фоноэлектрокардиографии изучена сердечная деятельность плода у 26 рожениц до применения лечебного акушерского наркоза и после него. Запись производилась па двухканальном электрокардиографе с чернильными писчиками на движущейся бумажной ленте со скоростью 50 мм/сек. В расчетах использовали методику фазового анализа, предложенную Л. С. Персианиновым и соавт. Продолжительность I тона до лечебного акушерского наркоза составила  $0,052 \pm 0,002$  сек., а II тона —  $0,021 \pm 0,002$  сек. После лечебного акушерского наркоза продолжительность I и II тона возросла и составила  $0,07 \pm 0,002$  и  $0,36 \pm 0,002$  сек., что статистически достоверно. ( $P < 0,1\%$ ). Колебания частоты сердцебиения, продолжительности сердечного цикла, общей систолы, механической систолы, фазы асинхронного сокращения желудочков, диастолы до проведения лечебного акушерского наркоза и после него статистически не достоверны.

Таким образом, результаты фоноэлектрокардиографических, биохимических исследований и многочисленных клинических наблюдений свидетельствуют о безвредности применения лечебного акушерского наркоза дроперидолом, промедолом и пипольфеном для плода и новорожденного.

Важнейшим положительным качеством этих препаратов является способность улучшать измененную при слабости родовых сил сердечную деятельность плода.

Наши наблюдения показали, что лечебный акушерский наркоз в родах, осложненных слабостью схваток, является эффективным средством в комплексной терапии слабости родовых сил, хорошо переносится роженицами, не оказывает отрицательного влияния на мать, плод и новорожденного и на сократительную деятельность матки, а также не вызывает существенных изменений кислотно-щелочного равновесия крови матери и плода.

#### ЛИТЕРАТУРА

Абрамченко В. В. Тезисы докладов к 16-й научной сессии (Институт акушерства и гинекологии Академии медицинских наук СССР). Л., 1964, с. 33.— Бакшеев Н. С. Акушерство и гинекология, 1969, № 8, с. 51.— Газдиева Б. М. Автореф. канд. дис., Л., 1972.— Лызигов Н. Ф., Семенов А. К. Здравоохранение Белоруссии, 1976, № 4, с. 69.— Петченко А. И. Клиника и терапия слабости родовой деятельности. Монография, Медгиз, 1956.— Струков В. А. Автореф. канд. дис., Л., 1960.— Умеренков Г. П. Вопросы охраны материнства и детства, 1973, № 2, с. 31.— Фой А. М. Акушерство и гинекология, 1969, № 1, с. 18.

Поступила 18/VIII 1976 г.

#### A THERAPEUTIC OBSTETRIC ANESTHESIA WITH DROPERIDOLUM, PROMEDOLUM AND PIPOLPHEN IN THERAPY OF UTERINE INERTIA

A. K. Semenyuk, N. F. Lyzikov

#### SUMMARY

In 1972 authors proposed therapeutic obstetric anesthesia (droperidolum 5mg, promedolum — 40mg and pipolphen — 50mg). Duration of sleep is 2—3 hours, the third level of the first stage of anesthesia is reached. The subsequent prescription of the activation of the uterine activity led to the development of a good contractile uterine activity.

The ability to improve the cardiac activity of the fetus is the most important positive quality of these preparations.