

достоверной ( $P < 0,01$ ). Коррекцией электрокинетических свойств крови удавалось повысить этот показатель до  $16,4 \cdot 10^{-3} \text{В}$ . ААЭ к 7-му дню лечения понизилась до 63% и все же превышала норму на 15,4%, что диктовало необходимость продолжения антикоагулянтной терапии и коррекции реологических свойств крови. Отмечено также улучшение показателей диэлектрической проницаемости крови.

Корригирующая терапия по поводу изменений реологических свойств крови у больных с ишемией III степени показала, что структурная вязкость крови на уровне микроциркуляции достоверно снизилась и была близка к нормальным значениям ( $5,3 \pm 0,34 \text{ мПа}\cdot\text{с}$ ). Показатели вязкости крови на уровне крупных сосудов и сосудов средней величины к 7-15-му дню после целенаправленного лечения были выше нормы всего на  $0,41 \text{ мПа}\cdot\text{с}$  и  $0,81 \text{ мПа}\cdot\text{с}$  соответственно. Коррекция была статистически достоверной ( $P < 0,05$ ).

Электрокинетические свойства крови также улучшились после коррекции. Дзп эритроцитов повысился с  $14,5 \cdot 10^{-3} \text{В}$  до  $16,3 \cdot 10^{-3} \text{В}$ , однако был еще значительно ниже нормы. Определялась нормализация агрегационной активности эритроцитов. Необходимо отметить, что все показатели реологических свойств крови в III группе были отклонены от нормы не так значительно, как в I и II группах, улучшения наступали после общепринятой инфузионной терапии.

Больным I и II групп с выраженной ишемией коррекция РСК проводилась целенаправленно. Чаще внутривенно вводили 800 мл реополиглюкина или гемодеза, тщательно корригировали КЩС. Коррекцию электролитного баланса ( $\text{K}^+, \text{Na}^+, \text{Cl}^-$ ) проводили с учетом дефицита каждого электролита. Для улучшения текучести крови на уровне микроциркуляции вводился трентал по 100-200 мг/24ч. Чтобы не допускать внутрисосудистого тромбообразования этим больным длительное время проводили антикоагуляционную терапию.

При целенаправленной коррекции РСК общая летальность была на 5,2% меньше, чем у больных, у которых не проводилась такая коррекция.

## SUMMARY

*Article deals with the investigation of blood viscosity from different tensions, velocities seta-potential of erythrocytes, aggregative ability of erythrocytes, dielectrical permeability of the blood and plasma in 97 patients with arterial is chemia of II-IV degree within 7-15 days of different treatments.*

*The results of investigations and improvement of theological characteristics of blood have decreased surgical mortality and time of hospital treatment.*

*Поступила в редколлегию 30 октября 1997 г.*

УДК 617-089.5-031.81:611.829

## АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ МОРФИНА В РАЗНЫЕ МОМЕНТЫ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ

*Н.Л.Варенкин, ассист.; В.И.Молчанов, проф.; В.А.Павловский, ассист.  
(Крымский медицинский институт)*

Обезболивающее действие малых (1-2 мг) доз морфина при его субарахноидальном введении общеизвестно и широко используется на практике [1,2].

Однако вопрос о влиянии добавления морфина на длительность комбинированной спинальной анестезии при уровне Т6-Т4 изучен недостаточно.



Нами 199 пациенткам ( $56,9 \pm 12,8$  лет) онкогинекологического отделения Крымского республиканского клинического онкологического диспансера проводилась продленная спинальная анестезия (ПСА) с помощью специальной иглы, разработанной в нашей клинике. Эта игла остается в месте пункции на весь период анестезии [3].

Пункции производились в межпозвоночных промежутках между L3-L4 и L2-L3, в зависимости от чисто технических соображений. После выполнения спинальной пункции больная укладывалась на спину в положение Тренделенбурга. Угол наклона стола составлял  $15-20^{\circ}$ . Для субарахноидального введения применялся выражено гипербарический 4% раствор лидокаина в 8% глюкозе, приготовляемый ex tempore. Баричность такого раствора составляет 1,0265. Через катетер субарахноидально вводилась тест-доза лидокаина, составлявшая 0,5 мл. Если тест-доза оказывалась недостаточной для достижения нужного уровня анестезии, через 3-5 мин вводилась дополнительная доза до достижения гипоалгезии на нужном сегментарном уровне. Для всех видов полостных операций требовался уровень анестезии не ниже 6-го грудного сегмента, что позволяло производить полную ревизию органов брюшной полости и обеспечивало достаточную мышечную релаксацию. Поддерживающие дозы вводились каждые 30 мин и составляли обычно половину первичной дозы.

Поскольку при применении ПСА появляется возможность варьировать время субарахноидального введения морфина, задача данного исследования состояла в определении оптимального времени введения морфина. Для решения этой задачи из общего числа больных были выделены две группы: 1-я группа из 20 человек и 2-я группа из 179 человек.

Пациенткам 1-й группы морфин (1 мг) вводили с первой дозой гипербарического 4% раствора лидокаина на глюкозе с целью продлить его действие и, таким образом, уменьшить общую дозу [4]. Пациенткам 2-й группы морфин вводили после окончания операции, перед удалением катетера. В этом случае мы исходили из соображений, что более позднее введение морфина позволит продлить его обезболивающий эффект в раннем послеоперационном периоде.

Длительность анестезии определяли обычным методом «булавочных уколов», а также электромиографическим методом Н-ответов по Ф.Ф.Белоярцеву [5]. Свидетельством полного заднекорешкового блока считалось угнетение Н-ответа до уровня 0,5 мВ.

Таким образом, при добавлении морфина к первичной дозе анестетика мы не наблюдали существенного увеличения длительности анестезии. По данным некоторых исследователей [4], добавление 1 мг морфина к 6,0-8,0 мл 2% раствора лидокаина позволило получить среднюю продолжительность анестезии  $168,4 \pm 30,4$  мин, в то время как в контрольной группе, где морфин не добавляли, средняя длительность составила  $78,1 \pm 15,3$  мин.

Дальнейшее течение раннего послеоперационного периода у больных обеих групп протекало без существенных различий.

## ВЫВОДЫ

1 Добавление 1-2 мг морфина к первой дозе анестетика при средней ПСА не дает существенного увеличения длительности анестезии.

2 Субарахноидальное введение морфина в дозе 1-2 мг позволяет в 2-3 раза снизить суточную дозу наркотических анальгетиков в раннем послеоперационном периоде.

## SUMMARY

*The duration of spinal anesthesia with and without addition of morphine (1-2 mg) was studied. The investigations were done during continuous spinal anesthesia on 199 women*



*scheduled for oncogynecologic surgery. No significant ( $p>0,05$ ) differences between solutions with or without morphine in respect of duration of anesthesia were revealed.*

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шлапак И.П., Трещинский А.И., Сиваченко Т.П. и др. Комбинированная спинальная анестезия и пролонгированная послеоперационная анальгезия с использованием морфина // Конгрес анестезіологів-реаніматологів України «Актуальні проблеми анестезіології та реаніматології». - Запоріжжя, 1992.- С.57-58.
2. Caldwell L.E., Rosen M.A., Snider S.M. Subarachnoid morphine and fentanyl for labor analgesia. Efficacy and adverse effects // Reg.Anesth., 1994.-V.19.- N 1.- P.2-8.
3. Verenkin N.L., Soosko V.S. Spinal anesthesia and subarachnoid phenol denervation using a modified lemon technique // Reg.Anesth., 1993.- V.18/4.- P.226-229.
4. Семенухин А.А., Мазяев В.П., Шуматов В.Б., Гельцер В.И. Оценка эффективности спинальной анестезии лидокаином в сочетании с морфином // Вестн.хирургии им.Грекова, 1990. - 144. - № 4.- С.100-102.
5. Белоярцев Ф.Ф. Электромиография в анестезиологии.- М.: Медицина, 1980.- 232 с.

*Поступила в редколлегию 25 ноября 1997 г.*

УДК 616-006.36-089

## ЛЕЙОМИОМА В ПРЕМЕНОПАУЗЕ

*В.А.Андреевская, доц.; О.В.Пранова, студ.*

Лейомиома матки - одна из наиболее часто встречающихся доброкачественных новообразований в пременопаузе, наиболее часто она встречается в возрасте от 40 до 55 лет [1].

Показания к оперативному лечению возникают чаще с началом физиологической пременопаузы, в 45 лет [2-4]. Частота оперативного лечения больных с преобладанием радикальных операций в этом возрасте высока - 80,7% [5]. Однако превалирует мнение о необходимости сокращения оперативных вмешательств, особенно у женщин в возрасте, близком к мено- и постменопаузе, когда гораздо ниже вероятность злокачественной трансформации лейоматозных узлов [5, 6].

В Полтавском клиническом родильном доме наблюдали 100 женщин в возрасте от 40 до 55 лет с длительностью пременопаузы 5-10 лет + 0,6 года. Из них физическим трудом занимались 69%, умственным - 18%, не работали (вели домашнее хозяйство) 13% больных. Тщательно изучались особенности адямнеза (перенесенные заболевания в детском и пубертатном периодах, начало менархе, становление и характер менструальной, репродуктивной функции, гинекологические заболевания, оперативные вмешательства в прошлом, сопутствующие экстрагенитальные заболевания).

Применялись клиничко-лабораторные и инструментальные методы исследования: кольпоцитологический, кольпоскопический, гистологический (биопсия эндометрия и эндоцервикса), ультразвуковая диагностика.

Из 100 наблюдаемых пациенток инфекционные заболевания в детском возрасте и в периоде полового созревания перенесли 52% женщин. Поздняя менархе отмечена у 22%, раньше 11 лет она началась у 8% больных. Нарушение менструального цикла в различные периоды жизни отмечалось у 29% больных. Регулярный менструальный цикл был у 71% женщин, однако длительными и болезненными менструациями были у 43% пациенток из этой группы.

В самом деле, литература отражает, что длительные менструации, поздняя менархе, нарушения менструального цикла являются предпосылкой к развитию лейомиомы [3].