

Язвы рецидивировали, независимо от первичного этиологического фактора, возраста больного, давности язвы, ее величины, а также ранее применявшегося лечения. Рецидивирование язвы у большинства больных было связано с новой травмой в области рубца или вскоре после напряженного физического труда, длительного стояния на ногах, при варикозно расширенных сосудах, а также и воспалительных процессах вблизи рубца.

По нашим наблюдениям, тканевая терапия должна занять равное место с другими эффективными методами консервативного лечения трофических язв конечностей. Она дает в 44,5% случаев хорошие отдаленные результаты. Исключительная простота и безопасность терапии биологическими тканями позволяют шире пользоваться этим методом. Этот вид терапии часто и на длительное время приводит к излечению тех язв, которые упорно не заживали при других методах лечения. Использование сальниковой ткани более эффективно, чем других тканей, так как в 47,2% случаев дает хорошие стойкие результаты.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гарин Н. Д. Вест. хир. им. Грекова, 1945, т. 65.— 2. Голигорский С. Д. Хирургия, 1946, 2.— 3. Дошатов Т. Н. Лечение трофических язв конечностей аппликациями сальника. Автореферат канд. дисс., 1947, Ашхабад.— 4. Краузе Н. И. Хирургия, 1944, 10.— 5. Попов М. А. Научная конференция по тканевой терапии и лечению ран эмбриональной мазью. 1951, Томск.— 6. Ратнер Ю. А. Каз. мед. журнал, 1941, 3.— 7. Румянцев Г. Е. Тканевая терапия. Ростиздат, 1950.— 8. Сосновский А. Г. и Иванова Л. Х. Хирургия, 1950, 3.— 9. Сосняков Н. Г. и Миклашевская А. В. Вестн. хир. им. Грекова, 1952, т. 72.— 10. Филатов В. П. Тканевая терапия (лечение физиологическими стимуляторами тканевого происхождения), 1943, Ташкент.— 11. Цукерман Н. В. Врач. дело, 1948, 12.— 12. Эфрос Б. И. Лечение трофических язв нижних конечностей пересадкой трупного консервированного гомопластического сальника. Автореф. канд. дисс., 1949, Вильнюс.

Поступила 10 июня 1957 г.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АРМИНА В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Асс. Л. В. Чугунова*

Из кафедры акушерства и гинекологии № 1 (зав. — проф. Н. Е. Сидоров) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина и кафедры фармакологии (зав. — доц. М. А. Алуф) Казанского медицинского института

В 1955 г. М. А. Алуф был предложен в качестве родостимулирующего средства новый препарат — армин, синтезированный А. И. Разумовым в лаборатории органической химии А. Е. Арбузова Казанского химико-технологического института. Армин представляет из себя паранитрофениловый эфир этилфосфиновой кислоты и является стабилизатором ацетилхолина в организме. Его антихолинэстеразные свойства сильнее дейзерина, эзерина и фосфакола (М. А. Алуф).

Изучение действия армина на родовую деятельность проводилось нами у 151 роженицы.

Армин применялся в 109 случаях при слабости родовой деятельности, в 25 — для родоускорения при несвоевременном отхождении вод, и в 17 — для вызывания родовой деятельности по различным показаниям.

Как правило, армин применялся подкожно, однократно по 1 мл 0,01% раствора, при отсутствии или недостаточно выраженном эффекте через 4 часа давалась повторная, одинаковая с первой, доза армина. Действие армина проявлялось через 21—34 мин.

Критерием эффективности родостимуляции армином служили сила, продолжительность и частота схваток (определяемые по методу Винкеля и наружной гистерографией с помощью токографа доктора Лоранд) и продолжительность родов до и после применения армина. Велась наблюдения и за состоянием плода. Изучалось течение послеродового периода.

В группе рожениц со слабостью родовой деятельности (109 рожениц) первородящих было 78, повторнородящих — 31. Слабость родовой деятельности в 1-м периоде родов встретилась у 72 рожениц, в том числе у 48 первородящих и 24 повторнородящих. Роженицам этой группы армин применялся на фоне многочасовой и малоэффективной родовой деятельности. При раскрытии шейки матки на 1—1,5—2,5 пальца армин вводился 43 роженицам (59,3%), при 3—3,5 пальцах — 14 (19,4%) и при 4 пальцах — 15 (21,3%).

В половине случаев слабость схваток в первом периоде родов сочеталась с преждевременным или ранним отхождением вод. Средняя продолжительность безводного периода к моменту введения армина составляла 10 часов 15 мин у первородящих и 11 часов 55 мин у повторнородящих.

Продолжительность родов до введения армина составляла, в среднем, у первородящих 21 час 42 мин, после введения армина — 8 часов 01 мин. Соответственно у повторнородящих мы имели — 14 часов 40 мин до армина, 5 часов 44 мин после введения армина. Эти цифры свидетельствуют о довольно выраженном сокращении продолжительности родов после введения армина, что, безусловно, связано с стимулированием схваток.

Родостимуляция армином во втором периоде родов проводилась 37 роженицам, среди них 27 по поводу сочетания слабости схваток и слабости потуг и 10 — при слабости потуг. Продолжительность второго периода родов после введения армина уменьшилась, составляя, в среднем, 46 мин у первородящих и 26 мин — у повторнородящих, при средней общей продолжительности периода изгнания, равной 2 часам 06 мин у первых и 1 час 08 мин — у вторых.

Средняя общая кровопотеря в родах при слабости родовой деятельности, стимулированной армином, равнялась 260 мл у первородящих, у повторнородящих — 194 мл. Атонические кровотечения с кровопотерей от 550 до 1000 мл наблюдались у 11 рожениц (из 109).

В асфиксии родилось 16 детей (14,6%), причем причина асфиксии была неясной только у 2 детей (1,8%).

Все дети оживлены. Мертворождаемость при слабости родовой деятельности, леченной армином, равнялась 0,9% (1 ребенок весом в 5 кг).

Оперативные пособия в описываемой группе рожениц применялись у 9,17%. Операция наложения полостных щипцов была у 0,9% рожениц. Наложение швов на разрывы шейки матки производилось у 20 женщин, на разрывы промежности — у 15.

Течение послеродового периода было гладким у 70 родильниц (64%). Если в эту группу включить случаи с одно-двукратным повышением температуры в пределах 37,1—37°, то, вместо 64%, будем иметь 81% гладкого течения послеродового периода. Субинволюция встретилась в 2,7%, тромбофлебит — в 0,9%.

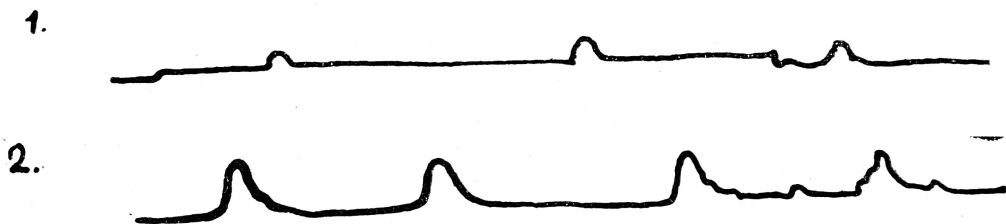
Наиболее показательными по эффективности армина при слабости родовой деятельности мы считали те случаи инертности матки, когда армин вводился при раскрытии шейки матки на 1—3 пальца, на фоне затянувшегося первого периода родов более суток (57 рожениц); при этом успешное применение армина было у 45 женщин, что составляет 79%. Из последних мы могли в группу с наиболее выра-

женным действием армина включить 15 рожениц (26%), при средней продолжительности родов после введения армина — в 4 часа 18 мин у первородящих и в 2 часа 21 мин — у повторнородящих. В группу с положительным действием вошли 22 роженицы (39%) с продолжительностью родов соответственно — 6 часов 50 мин и 5 часов 11 мин. Число рожениц с удовлетворительным действием составляло 8 человек (14%) при средней продолжительности родов после армина в 11 часов 43 мин и 6 часов 44 мин. При отсутствии эффекта у 12 (21%) роды продолжались 56—62 часов.

Успешное применение армина в группе 109 рожениц со слабостью родовой деятельности имело место у 80. При этом выраженный эффект действия армина с продолжительностью родов до 4 часов от начала стимуляции был у 42 первородящих и 18 повторнородящих; положительный эффект с продолжительностью родов от 4 до 8 часов — соответственно у 9 и 7; удовлетворительный эффект с продолжительностью родов от 8 до 12 часов, соответственно — 8 и 3 роженицы. У 6 рожениц продолжительность родов после введения армина была более 12 часов, но и здесь мы наблюдали усиление родовой деятельности в виде нормализации схваток. Эффект от армина отсутствовал у 16.

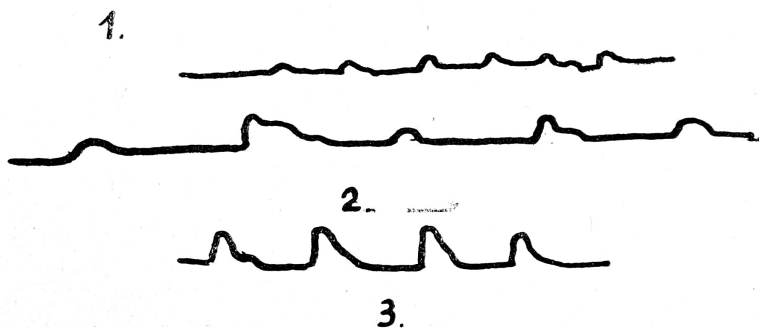
Для иллюстрации эффективности армина при слабости родовой деятельности мы приводим несколько гистерограмм (рис. 1, 2, 3, 4).

ГИСТЕРОГРАММА № 1.



У повторнородящей, 31 года. Роды в срок. Первичная слабость родовой деятельности. Раннее отхождение вод. Подкожное введение 0,01% раствора армина 1 мл при раскрытии зева на 2 пальца. 1 — до введения армина. 2 — через 50 мин после введения.

ГИСТЕРОГРАММА № 2.



У первородящей, 25 лет. Роды в срок. Первичная слабость родовой деятельности. Раннее отхождение вод. Подкожное введение 0,01% раствора армина 1 мл при раскрытии зева на 2 пальца. 1 — до введения армина, 2 — через 40 мин после введения, 3 — через 3 часа 40 мин после введения армина.

Родоускорение армином при несвоевременном отхождении вод проводилось у 25 рожениц, среди них было 15 первородящих и 10 повторнородящих. Преждевременное отхождение вод наблюдалось у 11 рожениц, ранее — у 12. Средняя продолжительность безводного периода к моменту введения армина составляла 9 часов 07 мин у первородящих и 8 часов 02 мин у повторнородящих.

В этой группе рожениц армин мы применяли, как правило, при раскрытии цервикального канала на 1—1,5—2—2,5 пальца.

Всем роженицам вводился однократно, подкожно — 1 мл 0,01% раствора армина. Продолжительность родов до введения армина у первородящих, в среднем, составляла 8 часов 05 мин, после введения — 5 часов 24 мин, соответственно у повторнородящих — 5 часов 46 мин до введения и 3 часа 49 мин после введения армина.

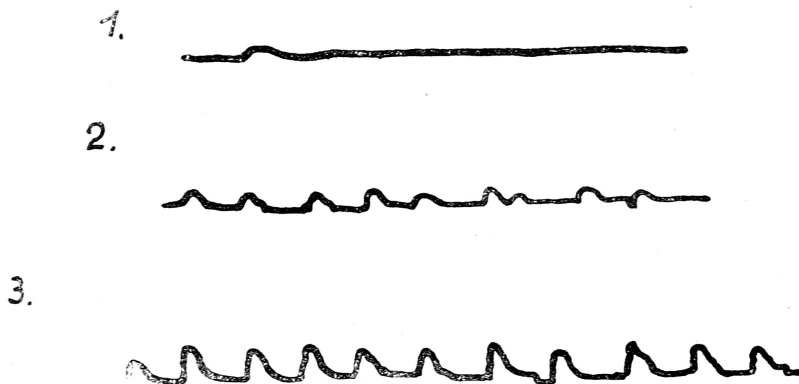
Средняя общая кровопотеря в родах равнялась 227 мл у первородящих и 201 мл у повторнородящих. Атонических кровотечений было 2 (у перво- и повторнородящей). Причина кровотечения в обоих случаях не связана с применением армина.

Асфиксий и мертворождений в связи с применением армина не было.

Течение послеродового периода было гладким у 18 родильниц, повышение температуры от 1 до 3 раз без установления диагноза — у 5, резорбционная лихорадка — у 2.

Положительный эффект армина в целях родоускорения при несвоевременном отхождении вод отмечен нами у 24 рожениц из 25.

#### ГИСТЕРОГРАММА № 3.



У повторнородящей, 36 лет. Роды в срок. Раннее отхождение вод. Подкожное введение 0,01% раствора армина — 1 мл в целях родоускорения.

1 — до введения армина. 2 — через 40 мин после введения. 3 — через 1 час 40 мин после введения армина.

Вызывание родовой деятельности армином проводилось у 17 беременных. Среди них было 9 первородящих и 8 повторнородящих. Показания к применению армина были следующие: преждевременное отхождение вод — у 8, переношенная беременность — у 4, мертвый плод — у одной, кососуженный коксальгический таз — у одной, крупный плод с отошедшими водами — у 2, и крупный плод при доношенной беременности — у одной.

В этой группе беременных армин мы применяли при сохраненной или укороченной шейке матки у 7, при раскрытии шейки матки на 1—1,5 пальца — у 10.



Армин вводился в 0,01% растворе по 1 мл подкожно, однократно 8 беременным, двукратно — 8 и четырехкратно — одной. Повторное введение армина делалось с интервалом в 4 часа.

Родовую деятельность удалось вызвать в 12 случаях из 17; в трех эффект отсутствовал, и в двух был сомнительным. Эффект отсутствовал в случаях вызывания родов при переносенной беременности (у двух) и при мертвом плоде шестидневной давности на восьмом месяце беременности. Эффект был сомнительным у двух с переносенной беременностью.

В этой группе беременных при положительном действии армина родовая деятельность началась у 5 женщин, в среднем, через 1 час 48 мин и у 7 — через 36 мин.

Кровопотеря в родах составила, в среднем, у первородящих — 203 мл, у повторнородящих — 250 мл, у одной было атоническое кровотечение (11-я беременность, 8-е роды, в анамнезе двое мертворожденных, щипцы).

Среди оперативных пособий следует упомянуть операцию наложения полостных щипцов — в 1 случае, низведение ножки (роды мертвым плодом) — у одной роженицы, ручное отделение последа и ручное обследование полости матки — в 1 случае.

В асфиксии родился 1 ребенок.

Течение послеродового периода было гладким у 8 родильниц (из 12), одно-, двукратное повышение температуры в пределах  $37,1^{\circ}$  —  $37,2^{\circ}$  было у 2, резорбционная лихорадка — у 2.

Итак, метод вызывания родовой деятельности армином при доношенной беременности и отошедших водах дал благоприятные результаты в большей части наших наблюдений.

#### ГИСТЕРОГРАММА № 4.

1.



2.



3.



У первородящей, 26 лет. Беременность 40 недель. Преждевременное отхождение вод (12 часов 30 мин тому назад). Двукратное подкожное введение 0,01% раствора армина 1 мл с интервалом в 4 часа в целях вызывания родовой деятельности.

1-я инъекция армина — при однопальцевом раскрытии цервикального канала, при подвижной головке плода, 2-я — при двухпальцевом раскрытии.

1 — запись до введения армина. 2 — через 40 мин после 1-й инъекции армина (появилась регулярная родовая деятельность). 3 — через 3 часа после повторной инъекции армина.

Роды произошли через 5 часов после 2-й инъекции армина.

Общая продолжительность родов — 9 часов 05 мин.

В заключение следует сказать, что мы ни разу не могли отметить какого-либо неблагоприятного действия армина как на мать, так и на плод.

## ВЫВОДЫ:

1. Армин является эффективным средством родостимуляции. По нашим данным, из 109 родов, осложнившихся слабостью родовой деятельности, успешное применение армина составляет 80%.

2. Метод родостимуляции армином, как и другие методы, более эффективен при раннем применении, когда еще не развилась тяжелая степень недостаточности родовой деятельности.

3. Наиболее благоприятным оказалось применение армина как средства, ускоряющего родовую деятельность на фоне преждевременного или раннего отхождения вод.

4. Армином можно вызвать и отсутствующую родовую деятельность при доношенной беременности и отошедших водах.

5. При целых водах и переношенной беременности, а также при мертвом плоде армин оказался неэффективным.

6. С применением армина как родостимулирующего средства количество осложнений в родах и послеродовом периоде, как и число оперативных вмешательств, значительно уменьшились. Так, процент асфиксий при слабости родовой деятельности составил 1,8, мертворождаемость — 0,9%, операция наложения щипцов — 0,9%, субинволюция в послеродовом периоде составила 2,7%.

7. К положительным сторонам предлагаемого метода следует отнести простоту и легкость его применения, а также отсутствие побочного действия.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Алуф М. А. Фарм. и токсик. 1955, 2. — 2. Белошاپко П. А. и Фой А. М. Обезболивание и ускорение родов, Медгиз, 1954. — 3. Михельсон М. Я. Труды ученого мед. совета М С У В М Ф, 1946, 17, т. 5, вып. 1. — 4. Певзнер Д. Л. Материалы к регуляции активности холинэстеразы в целостном организме (биохимические исследования). Дисс., Л., 1952. — 5. Фой А. М. и Чайковская А. Л. Новости медицины, 1952, 30.

Поступила 2 марта 1959 г.