

известно, частыми сопутствующими заболеваниями воспалений половых органов у женщин являются расстройства функции прямой кишки и мочевого пузыря. Применение ультразвука устраняло эти расстройства.

Из отдаленных результатов следует отметить наступление беременности после одного курса ультразвуковой терапии у 2 женщин, лечившихся по поводу хронических воспалительных процессов, и у 2 с инфантильной маткой.

Противопоказания к применению ультразвука еще точно не установлены. Указывается, что не следует применять ультразвук при спазмах венечных сосудов сердца, тромбозах, острых формах туберкулеза, наклонностях к кровоизлияниям в мозг, при бронхоэктатической болезни, при множественном склерозе, при сирингомиелии. Однако эти положения требуют дальнейших исследований и наблюдений.

Резюмируя наши клинические наблюдения, можно предварительно наметить показания для ультразвукового метода лечения. По нашим данным, он является терапевтически ценным при лечении хронических воспалительных процессов матки и придатков с наличием болевого синдрома, особенно в случаях так называемой пельвеопатии, при различных спаечных процессах, послеоперационных рубцах с наличием инфильтратов.

Не исключено его полезное действие и при некоторых формах маточных кровотечений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрикосов И. А. и Самсонов М. А. Клинич. мед., 1958, 3. — 2. Байер В. и Дернер Э. Ультразвук в биологии и медицине. М., Медгиз, 1958. — 3. Богданович Л. И. Арх. пат. 1957, 6. — 4. Гудивок И. И. Акуш. и гинекол. 1962, 2. — 5. Гуревич М. Д., Свадковская Н. Ф. и Собакин М. А. Сов. здравоохран. 1961, 8. — 6. Камочаи. Вopr. курорт. физioter. и леч. физкульт. 1962, 2. — 7. Смирнов М. К. Там же. 1958, 6. — 8. Сперанский А. П. и Марцвеладзе И. Л. Бюлл. экстер. биол. и мед. 1961, 5.

Поступила 25 ноября 1963 г.

ОБ ИСКУССТВЕННОМ ВЫЗЫВАНИИ РОДОВ СПОСОБАМИ Г. М. ШАРАФУТДИНОВА и М. Е. БАРАЦА

Б. Г. Садыков, К. В. Воронин

1-я кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. П. В. Маненков) Казанского медицинского института на базе Республиканской клинической больницы (главврач — К. Л. Свечников)

Известные до сих пор способы искусственного вызывания родов или малоэффективны, или небезопасны, а необходимость в искусственных родах возникает нередко, поэтому актуальность поисков и проверки новых способов очевидна.

В 1955 г. Г. М. Шарафутдинов (Казань) предложил свой метод вызывания родов — касторово-клизменный. В 1960 г. М. Е. Барац (Ленинград) опубликовал свою методику вызывания родовой деятельности. Мы пользовались более поздней модификацией того же автора, когда введение медикаментов проводится спустя 1 час после разрыва плодного пузыря (а не через 6 часов, как было им рекомендовано вначале). Мы поставили своей целью выяснить эффективность обоих способов и дать им сравнительную оценку.

Схема Г. М. Шарафутдинова состоит из одного-двух циклов, каждый из которых содержит четыре тура. 1 цикл — первый тур — 30,0 касторового масла внутрь, через два часа еще 30,0 и через час очистительная клизма. Чередается второй тур, через шесть часов после окончания первого тура при отсутствии эффекта через девять часов после третьего — четвертый тур. При неэффективности 1-го цикла женщине предоставляется отдых в течение 24 часов и проводится 2-й цикл, состоящий при необходимости также из четырех туров.

По М. Е. Барацу вначале вводится по 5000 ед. фолликулина внутримышечно три раза через каждые 12 часов. Тотчас же после третьей инъекции вскрывается плодный пузырь (мы пользуемся в этих целях браншей пулевых щипцов). Через час после вскрытия плодного пузыря дается внутрь 60,0 касторового масла и через час после этого ставится очистительная клизма. Через час после клизмы дается внутрь хинин по 0,15 8 раз через каждые 20 минут. Автор рекомендует при отсутствии эффекта ввести однократно 30 000 ед. фолликулина и через упомянутые сроки дать касторовое масло и поставить клизму. Мы ставили роды у 51 женщины по схеме М. Е. Бараца и у 67 женщин по схеме Г. М. Шарафутдинова (23 личных наблюдения и 44 — по историям болезней).

Показания для вызывания родов были следующие:

Таблица 1

| Показания | Схема М. Е. Бараца | | Схема Г. М. Шарафутдинова | |
|---|--------------------|---------------|---------------------------|---------------|
| | первородящие | многорожавшие | первородящие | многорожавшие |
| Перенашивание | 2 | 6 | — | 4 |
| Узкий таз | — | 2 | 1 | 3 |
| Крупный плод | 1 | 1 | — | — |
| Сердечно-сосудистые заболевания | 1 | 1 | 1 | — |
| Мертвый плод | — | 5 | 1 | 2 |
| Резус-конфликт | — | 25 | 1 | 6 |
| Токсикоз беременности | 2 | 2 | 2 | 6 |
| Преждевременное отхождение вод | — | — | 9 | 27 |
| Нервные болезни | 1 | 1 | — | 1 |
| Злокачественные опухоли | — | 1 | — | — |
| Отягощенный анамнез | — | — | — | 3 |
| Итого | 7 | 44 | 15 | 52 |

При проведении схемы М. Е. Бараца роды наступили у 44 женщин (5 первородящих и 39 многорожавших). Родовая деятельность началась, но скоро прекратилась у 2 многорожавших. Эффекта не было у 5 (1 первородящая и 4 многорожавших).

При использовании метода Г. М. Шарафутдинова (67 вызываний родовой деятельности) роды наступили у 57 женщин (13 первородящих и 44 многорожавших), родовая деятельность началась, но вскоре прекратилась у 2 многорожавших, эффекта не было у 8 (2 первородящих и 6 многорожавших).

При сохранившихся водах у 31 женщины (6 первородящих и 25 многорожавших) роды наступили у 23, родовая деятельность началась, но вскоре прекратилась у 2, эффекта не было у 6. У 36 женщин (9 первородящих и 27 многорожавших) при отошедших водах роды наступили у 34, эффекта не было у 2.

Таким образом, метод Г. М. Шарафутдинова наиболее эффективен при отхождении вод до начала родовой деятельности.

При методе М. Е. Бараца длительность родов — 8 часов 38 мин. (первородящие) и 6 часов 53 мин. (многорожавшие); I период — 7 часов 57 мин. (первородящие) и 6 часов 23 мин. (многорожавшие), II период соответственно — 33 мин. и 17,6 мин.; III период — 8 мин. и 12,2 мин.

При методе Г. М. Шарафутдинова длительность родов — 14 часов 16 мин. (первородящие) и 6 часов 42 мин. (многорожавшие); I период — 12 часов 46 мин. (первородящие) и 5 часов 54 мин. (многорожавшие), II период соответственно — 59,2 мин. и 38,01 мин.; III период — 20 мин. и 9,8 мин.

Безводный период (время от отхождения вод до рождения плода) при методе М. Е. Бараца превышает длительность такового при методе Г. М. Шарафутдинова, а именно: при методе М. Е. Бараца — 12 часов 32 мин. (первородящие) и 13 часов 55 мин. (многорожавшие), а при методе Г. М. Шарафутдинова соответственно 2 часа 27 мин. и 1 час 57 мин. (не включая женщин с преждевременным отхождением околоплодных вод).

В течении родов и раннем послеродовом периоде наблюдались следующие осложнения: при методе М. Е. Бараца — слабость схваток (первичная и вторичная) — у 4; задержка частей последа в матке — у 3; при методе Г. М. Шарафутдинова — слабость схваток (первичная и вторичная) — у 12, кровотечения в раннем послеродовом и последовом периодах — у 2, задержка частей последа в матке — у 2 женщин. В связи с указанными осложнениями потребовались следующие вмешательства: при методе М. Е. Бараца — вакуум-экстракция — у 1, ручное отделение последа — у 2; при методе Г. М. Шарафутдинова — кесарево сечение — у 2, ручное обследование полости матки — у 4 женщин. Таким образом, самостоятельно окончились роды при методе М. Е. Бараца у 43 женщин (97,73%), а при методе Г. М. Шарафутдинова — у 55 (96,4%).

Кровопотеря при методе М. Е. Бараца не превышала физиологическую, а при методе Г. М. Шарафутдинова несколько превысила ее.

Детей родилось при методе М. Е. Бараца 44, из них 9 недоношенных, при методе Г. М. Шарафутдинова — 58 (1 двойня), из них 7 детей недоношенных. Асфиксии наблюдались при методе М. Е. Бараца у 10 (у 8 синяя и у 2 белая); при методе Г. М. Шарафутдинова — у 2 детей (у 1 синяя и у 1 белая).

При методе М. Е. Бараца умерло 5 детей (резус-конфликт, асфиксия от обвита пуповиной, глубокая недоношенность, у 2 — пневмония, у одного из них внутриутробная). Только смерть плода от внутриутробной пневмонии можно считать как следствие вызывания родовой деятельности. При методе Г. М. Шарафутдинова умерло также 5 детей: АВО-несовместимость, белая асфиксия и глубокая недоношенность — у 3. Только в случае смерти новорожденного в белой асфиксии можно полагать как возможную причину его гибели вызывание родов.

Послеродовой период у обеих групп женщин протекал относительно гладко.

С целью изучения влияния фолликулинового фона на эффективность метода Г. М. Шарафутдинова мы проследили еще 35 беременных, у которых указанная схема дополнялась гормональным фоном двух видов — простым (15—30 тысяч ед. фолликулина через 12 часов, дробно) — у 30 и по Е. И. Кватеру (150 тысяч ед. фолликулина с синестролом внутримышечно и внутрь 0,8 хинина и 2,0 аскорбиновой кислоты в течение 2—3 дней) — у 5. Как оказалось, гормональный фон на эффективность метода Г. М. Шарафутдинова не влияет. И так, оба предложенных метода вызывания искусственных родов высоко эффективны, и мы рекомендуем применение их в акушерской практике, причем метод Г. М. Шарафутдинова предпочтительнее (если нет надобности в быстром родоразрешении), и только при его неэффективности нужно переходить к применению метода М. Е. Бараца.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барац М. Е. Акуш. и гинек., 1960, 5. — 2. Кватер Е. И. Сов. мед., 1958, 2. — 3. Шарафутдинов Г. М. Метод. письмо № 18, Республиканская клиническая больница Минздрава ТАССР, Казань, 1958.

Поступила 1 декабря 1963 г.

ОБЗОР

НОВОЕ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ И ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ

Проф. Т. Я. Арьев

Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова
(Ленинград)

В истории хирургии не раз бывало, что тот или иной ее раздел начинал развиваться особенно быстрыми темпами. Так, например, совсем недавно удивительно быстро стали развиваться хирургия легких, хирургическая кардиология, хирургия сосудов. В последние 20—25 лет наступило и всестороннее развитие хирургии ожогов. И всегда причиной такого развития было появление условий, при которых создавались принципиально новые технические возможности для лечения. В грудной хирургии и хирургии сосудов эти новые условия были созданы появлением современной анестезиологии, в хирургии ожогов — новыми хирургическими инструментами — дерматомами. Дерматомамы позволили действительно в широких масштабах осуществить оперативное лечение глубоких ожоговых ран. Во всем мире стали возникать ожоговые центры, где большие контингенты обожженных подверглись всестороннему изучению. И появилась новая обширная литература, отразившая крупные перемены в наших представлениях о сущности и лечении ожоговых ран и ожоговой болезни.

Статистика ожогов свидетельствует, что и в мирное время ожоги представляют собой крупную социальную и медицинскую проблему. Только в США ежегодно госпитализируются 70 000 обожженных, из которых приблизительно 10% гибнет (Хейстер — 1962). Следует подчеркнуть, что в это число не входят пострадавшие, ожоги которых лечатся в поликлиниках. Количество амбулаторных ожогов во много раз превышает число ожогов, требующих госпитализации. По данным Л. и В. Кольбруков (1951), только в Англии и Уэльсе ежегодно регистрировалось 100 000 человек, пораженных ожогами, подавляющее большинство которых относится к амбулаторным. Относительная частота ожогов среди всех травм мирного времени не так давно колебалась от 3 до 10% (Ю. Джанелидзе и Б. Постников — 1946), среди других больных хирургических стационаров обожженные составляли 4—6% (В. Орлик — 1951). Особенно большое и всестороннее значение приобрели ожоги в современной войне, в структуре санитарных потерь которой они заняли место рядом с огнестрельными ранами, если не опередили их.