

1. Анисимова М. И. Сов. мед. 1962, 7. — 2. Аничков С. В., Белецкий М. Л. Фарм. и токс. 1952, 5. — 3. Акимов Ю. И. Сов. мед. 1960, 6. — 4. Бабич З. Е., Гусовский Я. М. Токсикозы беременности. Изд. Минздрава УССР, Киев, 1961. — 5. Берхин Е. Б. Фарм. и токс. 1961, 1. — 6. Бобарыкина Е. М. Урология. 1957, 1. — 7. Виноградов В. И., Дьяченко П. К., Тимофеев В. В., Фролов С. Ф. Вест. хир. им. Грекова. 1964, 9. — 8. Грищенко В. И. Сб. научных работ по акуш. и гинек. Харьковского мед. ин-та, 1960. — 9. Денисенко П. П. Ганглиоблокаторы. Медгиз, М., 1958. — 10. Жоров И. С. Общее обезболивание. Медицина, М., 1964. — 11. Жупаненко Т. И. Акуш. и гин. 1963, 3. — 12. Машковский М. Д. Химия и медицина. Медгиз, М., 1960. — 13. Малинин А. И. В кн. «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии». Изд. Ужгородского университета. Ужгород, 1952. — 14. Молчанова Г. Я. Акуш. и гинек. 1962, 1. — 15. Новицкий А. С., Малинин А. И., Кокуленко Н. Р., Хмыз Г. Т. В кн. «Некоторые вопросы охраны материнства и детства». Изд. Ужгородского университета. Ужгород, 1961. — 16. Першин Г. Н., Гвоздева Е. И. Учебник фармакологии. Медгиз, М., 1961. — 17. Тараховский М. Д. Фарм. и токс. 1961, 6. — 18. Фой А. М. Тр. Саратовского мед. ин-та, т. 32, 1961. — 19. Шарапов И. М. Фарм. и токс. 1958, 2. — 20. Штемберг М. И. Тр. Кишиневского мед. ин-та, т. 17, 1962. — 21. Эрина Е. В., Мартыанова Т. А., Злотник Э. Н., Лерман В. И. В кн. «Ганглиотики и блокаторы нервно-мышечных синапсов». Медгиз, Л., 1958. — 22. Cherve, Minerva ginec. 1955, 7, 3, 125. — 23. Nowomiejeski I. Z. arzlisch Fortbild. 1957, 51, 17, 715. — 24. Paton W., Zaimis E. Brit. J. Pharmacol. 1949, 4, 381. — 25. Penny C. I., Shacleton R. P. W. Lancet. 1951, 2, 14, 617. — 26. Smirk F. J. Pharmacol. 1953, 264, 6758, 457. — 27. Turner R. Lancet. 1951, 1, 7, 408.

УДК 618.5

СОКРАТИТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МАТКИ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ПИТУИТРИНА

З. Н. Якубова

Вторая кафедра акушерства и гинекологии (зав.— проф. Х. Х. Мещеров) Казанского
ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

Разовое внутривенное применение 0,5 мл питуитрина или окситоцина в 20 мл 40% раствора глюкозы взамен акушерской операции наложения щипцов на головку плода (при слабости потуг и асфиксии плода) клинически испытано на более чем 400 роженицах. В результате внедрения этого метода в практику родильного дома № 5 г. Казани частота применения акушерских щипцов снизилась в 16 раз и составляет в последние годы 0,1%. Клинические данные с преимуществ этого метода перед наложением акушерских щипцов опубликованы.

Задачей настоящей работы является изучение характера сократительной деятельности матки под воздействием гормонов.

Влияние питуитрина (окситоцина) на сокращения матки изучено достаточно хорошо (М. С. Малиновский, А. И. Петченко, Э. М. Каплун, Е. И. Кватер, Я. Г. Буханов, А. В. Овсянkin и многие другие), но это относится к внутримышечному или к внутривенному капельному длительному вливанию растворов его на протяжении родов, что широко распространено за рубежом, особенно в США и во Франции...

В литературе последних лет все чаще стали появляться сообщения об опасностях, сопряженных с передозировкой гормона при длительном, хотя и капельном, вливании препарата. Описаны случаи тетании и разрыва матки (Burger, Рембез, Holmes, Hellman и др.), случаи атонических кровотечений на почве вторичной атонии матки (Г. А. Коллегаев, Wrigley, Lubin, Woltman, Tisdal и др.), случаи выворота матки (Schultze), случаи острой сердечной недостаточности роженицы (Berojquist, Kaiser и другие).

Влияние питуитрина (окситоцина) на сокращения матки в нашем применении изучено недостаточно.

Пользуясь токографом Лоранда, мы изучили характер сократительной деятельности матки у 27 рожениц, у 4 из них — при нормальных родах, у 23 — при родах, осложненных слабостью потуг, асфиксией плода или той и другой патологией вместе, по поводу которых и были применены гормоны взамен акушерских щипцов.

При изучении токограмм, полученных от рожениц с нормальными родами, мы установили, что сила, продолжительность и частота потуг на протяжении периода изгнания плода неодинаковы — сильные продолжительные потуги могут сменяться слабыми, короткими потугами и наоборот. Далее, последняя изгоняющая плод потуга отличается, как правило, большей продолжительностью и силой. Это выражается на токограмме образованием как бы «систолического плато», величина которого у разных рожениц различна.

Следующая группа токограмм получена от рожениц, родоразрешенных применением гормонов по поводу асфиксии плода (см. рис. 1).

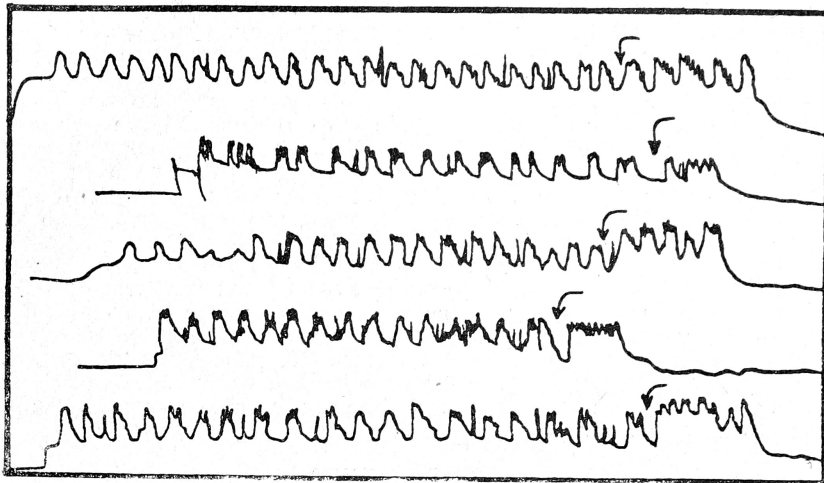


Рис. 1.

На токограммах обращают на себя внимание частые шевеления плода, что отображается на кривых в виде свечек.

В первом случае плод родился через 9 мин после применения окситоцина с глюкозой (момент введения указан стрелкой). Во втором случае применялся питуитрин «М» с глюкозой; плод родился через 4 мин 30 сек. В третьем, четвертом и пятом случаях применялся питуитрин «Р»; изгнание плода наступило соответственно через 10,4 и 9 мин после внутривенного введения 0,5 мл гормона с глюкозой.

В каждой токограмме видно повышение тонуса матки (смещение кривой по вертикали вверх), учащение и увеличение продолжительности сокращений матки.

В одном случае нам удалось записать и последовый период (четвертая токограмма), продолжительность которого оказалась равной 10 мин. На токограмме видны 3 волны последовых сокращений матки. По характеру кривой они напоминают сокращения матки в I периоде родов.

Третья группа токограмм еще более наглядно демонстрирует влияние гормонов на сокращения матки при слабости потуг (см. рис. 2).

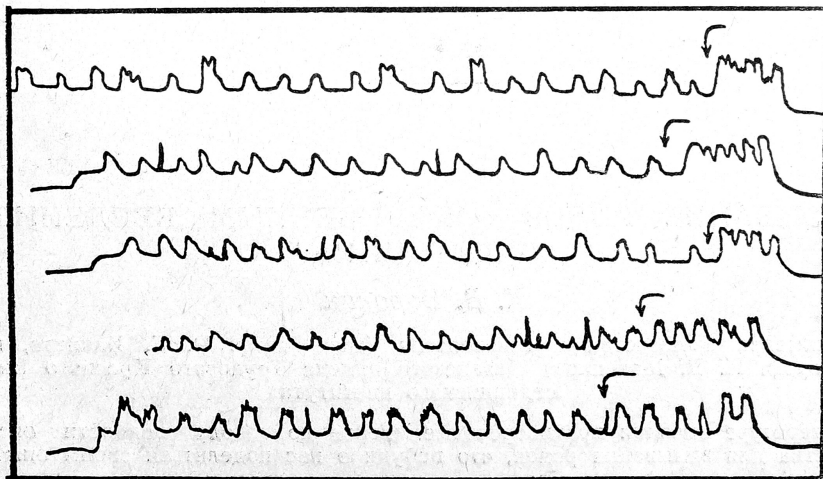


Рис. 2.

Здесь также имеет место значительное усиление сократительной способности матки за счет повышения тонуса и учащения сокращений ее.

Во второй и третьей (сверху) токограммах рис. 1 и в первой, второй и третьей токограммах рис. 2 сокращения матки после применения гормонов напоминают тетанию матки, но назвать это тетанией, на наш взгляд, нельзя, во-первых, потому, что подобное явление в виде «систолического плато» мы наблюдали на токограммах рожениц с нормальными родами и, во-вторых, потому, что тетания матки графически изображается в виде прямой горизонтальной линии. На наших токограммах ясно видна амплитуда сокращений и расслаблений матки. Однако было бы ошибочным отрицать возможность тетанизирующего действия гормонов на матку. Наши клинические наблюдения показали, что такое состояние матки безвредно для матери и плода, ибо родоразрешающий эффект гормонов опережает опасностями, связанные с состоянием тетании матки. Более того, состояние, близкое к тетании, или даже тетания матки в конце периода изгнания, когда родовые пути полностью открыты и ничто другое не препятствует продвижению плода по родовому каналу, желательнее — оно приводит к быстрому родоразрешению, что и преследуется гормонами. Другое дело — тетания матки в процессе длительного внутривенного вливания растворов питуитрина или окситоцина на протяжении первого периода родов, когда родовые пути не подготовлены к изгнанию плода. Исходом ее в подобных случаях может быть или разрыв матки или вторичная слабость родовой деятельности, что и подтверждено целым рядом исследователей.

На основании проведенных наблюдений мы считаем возможным высказать, что гормоны в виде разового внутривенного применения 0,5 мл питуитрина (или окситоцина), разведенного в 20 мл 40% раствора глюкозы, вызывает мгновенно резкое увеличение сократительной способности матки за счет повышения тонуса и учащения сокращений ее. Действие гормонов продолжается 10, максимум 15 мин, в течение которых, как правило, происходит изгнание плода. Если изгнание плода не наступает, то родовая деятельность возвращается к исходному уровню. Лишь в 0,2% случаев матка оказалась инертной к гормону.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буханов Я. Г. Сов. мед. 1947, 1. — 2. Каплун Э. М. Сб. научн. тр. центр. НИИ акуш. и гинек. т. 5. Л., 1939. — 3. Кватер Е. И. Гормональная диагностика и терапия в акушерстве и гинекологии. Медгиз, М., 1956. — 4. Колегаев Г. А. Отчетн. сессия ин-та акуш. и гинек. АМН СССР. Л., 1956. — 5. Малиновский М. С. О влиянии питуитрина на сокращения матки при родах. Докт. дисс., 1913. — 6. Овсянкин А. В. Внутривенно-капельный и подкожно-капельный методы введения питуитрина с глюкозой в родах в целях родоускорения. Дисс. Днепропетровск, 1958. — 7. Петченко А. И. Клиника и терапия слабости родовой деятельности. Медгиз, М., 1956. — 8. Мерже Р. Акуш. и гинек. 1958, 2. — 9. Рембез И. М. Педиатр., акуш. и гин. 1957, 2. — 10. Bergquist I., Kaiser I. Obstet. a. Gyn. 1958, 11, 3, 290. — 11. Burger I. P. Maternite. 1958, 2, 76. — 12. Hellman L. M. Am. J. obstet. a. Gyn. 1949, 57, 364. — 13. Hellman L. M., Harris I. S. a Reynolds S. R. Am. S. obstet. a. Gynec. 1950, 59, 41. — 14. Hellman L. M., Kohe S. Os., Schechter H. R. Am. J. obstet. a. Gynec., 1957, 73, 3, 507. — 15. Holmes I. M. The Lancet. 1954, 1191. — 16. Lubin S., Woltman R., Tisdall L. a. other. Am. J. obstet. a. Gyn. 1955, 64, 2. — 17. Stone M. L. Amer. J. obstet. a. Gynec. 1950, 59, 49. — 18. Schultze J. Zbl. f. Gynäk. 1933, 24, 1421. — 19. Wrigley A. I. Lancet. 1962, 7219, 58.

УДК 616—089.888.15

ВЫЗЫВАНИЕ РОДОВ ВНУТРИВЕННЫМ ВВЕДЕНИЕМ ОКСИТОЦИНА¹

К. В. Воронин

Первая кафедра акушерства и гинекологии (зав.—проф. Р. Г. Бакиева, консультант — проф. П. В. Маненков) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

В литературе имеются противоречивые мнения по поводу ценности окситоцина как средства для вызывания родов, что побудило нас поделиться своим опытом.

¹ Доложено на заседании Общества акушеров-гинекологов 17/VI-65 г.