

Были сделаны следующие операции: сальпингостомия (9), имплантация труб в матку (3), пересадка яичников в матку (1), резекция беременной части маточной трубы с восстановлением проходимости труб (10).

Для предупреждения рубцового сужения мы вводили в просвет маточной трубы полихлорвиниловую трубку длиной 180 мм и диаметром 3 мм. Биологическая инертность полихлорвиниловых трубок была доказана нами в эксперименте на крольчихах. Во время операции другой конец полихлорвиниловой трубки с помощью предложенного нами «проводника» мы выводили через задний свод во влагалище, где отдельным швом фиксировали к шейке матки. Такое выведение трубки обеспечивало физиологическое положение маточных труб и исключало повторное чревосечение для удаления протеза (на 5—7-й неделе после операции мы легко удаляли его через влагалище).

Осложнений, связанных с пребыванием полихлорвиниловых трубок в брюшной полости, мы не отмечали.

У 10 женщин, поступивших с внематочной беременностью, произведено иссечение лишь беременных участков; в просвет сохраненной части маточной трубы мы также вставляли полихлорвиниловую трубку, другой конец которой выводили во влагалище по типу операции сальпингостомии или имплантации труб в матку.

Средний срок наблюдения за оперированными женщинами составляет 2 года. После операции сальпингостомии и пересадки труб в матку беременность наступила у 4 женщин, после консервативных вмешательств на беременных маточных трубах — у 3.

Всего нормальными родами закончилось 5 беременностей, 2 беременности закончились самопроизвольным выкидышем. Все дети родились недоношенными. Осложнений в родах не отмечалось.

## ВЫВОДЫ

1. Хирургический метод лечения бесплодия может быть рекомендован после длительного безуспешного консервативного лечения.

2. При проведении восстановительных операций на маточных трубах целесообразно применение полихлорвиниловых трубок, выводимых с помощью металлического проводника через задний свод во влагалище, что обеспечивает сохранение проходимости маточных труб и простой способ удаления временных протезов на 5—7-й неделе после операции.

3. При лечении внематочной беременности у женщин, страдающих бесплодием, оправдано выполнение консервативных вмешательств на беременных трубах с применением полихлорвиниловых трубок.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Дубнов В. М. и Бескровная Н. И. Акуш. и гин., 1963, 1.—2. Каплун Э. М. Новости медицины, 1953, 35.—3. Козинский Б. А. Сб. научн. тр. ЦНИАГИ, т. 1. Л., 1935.—4. Маненков П. В. и Лейбов С. В. Акуш. и гин. 1940, 1.—5. Пичуев В. П. Там же, 1964, 4.—6. Рождественская-Осякина А. И. О транспорте яйца из яичника в матку. Медгиз, Л., 1947.

УДК 618. 3—008. 6

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕНТАМИНА ПРИ ПОЗДНИХ ТОКСИКОЗАХ БЕРЕМЕННОСТИ

(Предварительное сообщение)

*И. И. Фрейдлин*

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

Отечественный препарат пентамин относится к веществам, обладающим значительной ганглиоблокирующей активностью (М. Д. Машковский, 1960; И. М. Шаропов, 1960; и др.). Вызывая блокаду вегетативных ганглиев, эти вещества оказывают гипотензивное, седативное, противошоковое и спазмолитическое действие, а также снижают венозное давление и давление черепномозговой жидкости (С. В. Аничков, 1958; П. П. Денисенко, 1958; и др.).

Пентамин применяют при лечении гипертонической болезни (Е. В. Эрина и Т. А. Мартыанова, 1958; и др.), отека легких (В. А. Фиалко, А. А. Воронцов и соавт., 1965), для создания управляемой артериальной гипотонии во время операций на крупных сосудах, сердце или мозге (Э. И. Злотник и В. И. Лерман, 1958; и др.), в урологии в качестве спазмолитического препарата (Е. М. Бобарыкина, 1957).

Сообщений о применении пентамина в акушерстве в доступной нам литературе мы не встретили, но, учитывая вышеуказанные свойства этого препарата, мы решили применить его при различных формах позднего токсикоза, сопровождающихся повышением АД как во время беременности, так и во время родов.

Всего под нашим наблюдением находилось 50 женщин, 26 из них поступили во время беременности и 24 в родах. В возрасте до 20 лет было 3 женщины, от 21 до 30 — 35, от 31 до 40 — 11 и старше — одна. Первородящих было 35 (из них 8 имели аборт), повторнородящих — 15 женщин. Нефропатия I ст. (по классификации Г. М. Салганика, 1954) была у 20 женщин, II ст. — у 13, III ст. — у 7, гипертоническая болезнь — у 4, преэклампсия — у 3 и эклампсия у 3. АД до лечения было повышено у всех и колебалось от 140/90 до 240/160, отеки были у 42 и колебались от легкой пастозности голеней до отеков всего тела. Белок обнаружен в моче у 39 женщин в количестве от 0,033 до 33%.

Пентамин в виде 5% раствора мы вводили либо в вену по 1—2 мл в 20 мл 40% раствора глюкозы, либо внутримышечно по 1—2 мл повторно через 4 часа 3—4 раза в день. О гипотензивном эффекте мы судили по колебаниям АД. Измерения производились до и после введения препарата на одной и той же руке и в том же положении тела.

35 женщинам пентамин вводили только внутримышечно, 15 — как внутримышечно, так и внутривенно. Мы измеряли АД до введения и через 15, 30, 60 минут, 2, 3, 4 часа после инъекции. При внутримышечном введении снижение АД начиналось уже через 15—30 мин. и достигало максимума к 45—60 мин. Гипотензивный эффект после однократного введения продолжался менее 4 час. у 32 женщин, более 4 час. у 16 и отсутствовал у двух. Величина снижения колебалась от 10 до 60 мм. Повторное введение препарата через 4 часа позволяло поддерживать давление на сниженных уровнях в течение длительного времени.

При внутривенном введении пентамина давление снижалось через 2—15 мин. после инъекции, величина снижения колебалась от 10 до 75 мм. Гипотензивный эффект продолжался до 2 час. у 10 женщин, до 4 час. у двух, свыше 4 час. у двух и отсутствовал у одной. Отмечено, что чем выше исходный уровень давления, тем значительнее гипотензивный эффект.

Под влиянием пентамина улучшалось также общее состояние больных, исчезали или уменьшались головные боли, нормализовался сон, исчезали асимметрии АД.

Изменения частоты пульса были незначительными. Наблюдалось как урежение, так и учащение его (чаще — быстро преходящее ускорение на 10—16 ударов). Частота дыхания не изменялась.

Лечение поздних токсикозов во время беременности проводилось по принципам В. В. Сироганова. Женщина находилась в условиях покоя и лечебно-охранительного режима, ей назначалась диета с ограничением жидкости и соли, но с достаточным содержанием белка. В случае необходимости длительного лечения мы при нефропатиях I—II ст. комбинировали пентамин с резерпином, а при тяжелых формах — с магнезиальной терапией или аминазином.

Из 50 поступивших под наше наблюдение женщин 42 родоразрешились.

В родах применялся только один пентамин, это особенно целесообразно, так как, согласно литературным данным, ганглиоблокирующие препараты обладают также спазмолитическим свойством и свойством усиливать сокращения мускулатуры матки (И. М. Шарапов, 1960; И. Н. Рембез, 1961; М. И. Анисимова, 1962 и 1965; М. И. Штемберг, 1962; и др.). В частности, экспериментальные исследования И. М. Шарапова на кошках показали, что пентамин у животного вызывает усиление сокращений беременной, небеременной и нерожавшей матки.

Из 42 рожениц у 3 были тазовые предлежания, у 2 — двойни, у 4 — преждевременные роды, у 2 — запоздалые. Самостоятельно родили 40 женщин. При одних родах наложены акушерские полостные щипцы (роды крупным переносенным плодом у старой первородящей, осложнившиеся вторичной родовой слабостью) и при одних потребовалась перфорация головки из-за несоответствия головки плода размерам таза роженицы.

При применении пентамина продолжительность родов не превышала 10 час. у 17 женщин (из них 14 первородящих), колебалась от 10 до 15 час. у 13 (из них 12 первородящих), от 16 до 20 час. у 6 (из них 5 первородящих), от 21 до 24 час. у 5 (все первородящие) и свыше суток — у одной первородящей. Таким образом, продолжительность родов у 41 женщины из 42 не превышала физиологической нормы.

Величина кровопотери не превышала 250 мл у 17 женщин, 400 мл у 15 женщин, была от 401 до 600 мл у 9 и достигла литра у одной. Таким образом, кровопотеря не превышала физиологическую (согласно инструкции Минздрава СССР) у 32 из 42 рожениц.

У женщин с поздним токсикозом беременности Р. Г. Бакиева наблюдала в раннем послеродовом периоде вазомоторный коллапс в 11,7%, Я. Е. Кривичкий и

Т. Ф. Баррах — в 10,7%. При применении пентамина в родах мы с этим осложнением не встречались.

В результате проведенного лечения ни разу не возникло показаний к срочным родоразрешающим операциям. Хотя под нашим наблюдением находились женщины и с тяжелыми формами токсикоза (например, с уровнем АД 240/160), но в процессе лечения пентамином припадков эклампсии не было. У одной женщины наступила послеродовая эклампсия через 10 час. после последней инъекции пентамина. У нее была эклампсия и при предыдущих родах.

Изменения в частоте сердцебиения плода до и после введения препарата были незначительными. Все дети родились живыми (если исключить случай перфорации головки).

Существенных побочных действий при применении препарата нами не наблюдалось. У одной женщины отмечено легкое головокружение при попытке встать (уровень АД в это время 100/50). Внутримышечные инъекции пентамина безболезненны и не оставляют после себя инфильтратов.

## ВЫВОДЫ

1. Применение пентамина наиболее целесообразно у женщин с повышенным АД в родах, так как его применение приводит к ускорению родов, уменьшению числа родоразрешающих операций и кровотечений.

2. Вредного влияния пентамина на организм матери и плода не выявлено.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Анисимова М. И. Сов. мед., 1962, 7. — 2. Аничков С. В. и Беленький М. Л. Фарм. и токс., 1952, 5. — 3. Бакиева Р. Г. Функциональное состояние сосудистой системы при позднем токсикозе беременных. Автореф. докт. дисс., Омск, 1960. — 4. Денисенко П. П. Ганглиоблокаторы. Медгиз, М., 1958. — 5. Жупаненко Т. И. Акуш. и гин., 1963, 3. — 6. Машковский М. Д. В кн.: Химия и медицина. Вып. 15. Медгиз М., 1958. — 7. Фиалко В. А., Воронцова А. А. и др. Сов. мед., 1965, 2. — 8. Фой А. М. Казанский мед. ж., 1961, 3. — 9. Шаратов И. М. Фарм. и токс., 1958, 2.

## НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 615. 361. 45

## ОСЛОЖНЕНИЯ КОРТИЗОНОТЕРАПИИ

*В. Е. Волков и Ж. Х. Васильев*

Кафедра хирургии и неотложной хирургии (зав. — проф. П. В. Кравченко) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина, кафедра госпитальной хирургии № 2 (зав. — проф. Н. П. Медведев) и кафедра патологической физиологии (зав. — проф. М. А. Ерзин) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Еще в 1956 г. Хенч отмечал, что гормоны коры надпочечников применяются для лечения 119 различных заболеваний и особенно широко — в клинике внутренних болезней. По данным Кюхела (1963), число показаний к кортикостероидной терапии достигло сейчас нескольких сотен.

Следует учитывать, что наряду с положительным лечебным эффектом кортикостероиды способны вызывать ряд нежелательных побочных явлений.

Глин (1960) считает, что чем короче курс лечения, тем меньше вероятность развития осложнений и побочных действий вне зависимости от дозировки гормонов. В связи с тем, что врачи различных специальностей за последние годы все шире используют для лечения больных гормоны коры надпочечников и передней доли гипофиза, представляется необходимым оценить этот метод терапии для хирургической практики.