

лении. III ст. была у 9 женщин. Эффект от лечения бензоном был полным у 5 женщин, а четверем сразу при поступлении было начато комбинированное лечение (бензоном, сернокислой магнезией и аминазином). Двоим из них произведено кесарево сечение в связи с преэкламптическим состоянием и отсутствием эффекта от консервативного лечения.

При лечении нефропатии бензоном отмечается снижение АД до нормы преимущественно в первый и второй дни после начала лечения. У 3 беременных во время родовой деятельности вновь отмечалось повышение АД до 140/80 мм. Отмечались увеличение диуреза до 1400—1800 мл, исчезновение отеков на 2—3 день после начала лечения, уменьшение и исчезновение альбуминурии.

При лечении бензоном больные отмечают улучшение общего самочувствия, исчезновение головных болей, улучшение сна. При лечении бензоном не отмечается снижения интенсивности изгоняющих сил. Кровопотеря в послеродовом периоде не превышает 200—250 мл.

Применение бензонала не замедляет обратного развития матки в послеродовом периоде. Он не оказывает вредного действия на плод: из 42 только один родился в асфиксии, из которой был быстро выведен. При применении бензонала сердцебиение плода не изменяется. Мертворожденных не было, все дети выписаны в хорошем состоянии.

Важными преимуществами бензонала являются отсутствие токсичности и возможность длительного применения.

По нашим наблюдениям, бензонал по гипотензивному действию превосходит дибазол. Он действует несколько слабее раствора сернокислой магнезии, но преимуществом его является возможность длительного применения.

Действие бензонала при токсикозах второй половины беременности требует дальнейшего изучения.

Поступила 10 декабря 1962 г.

ОСТАТОЧНЫЙ АЗОТ КРОВИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОЗДНИХ ТОКСИКОЗОВ БЕРЕМЕННЫХ АЭРОЗОЛЯМИ СЕРНОКИСЛОЙ МАГНЕЗИИ

Канд. мед. наук А. И. Бурханов

Акушерско-гинекологическая клиника (зав.—проф. Г. К. Черепанин)
лечебного факультета Горьковского медицинского института

В лечении поздних токсикозов беременных получила широкое признание сернокислая магнезия, вводимая в различных концентрациях внутримышечно. Инъекции болезненны, нередко образуются инфильтраты, а иногда и абсцессы.

Учитывая эти отрицательные моменты, мы, по предложению проф. Г. К. Черепанина, в 1956 г. приступили к лечению поздних токсикозов беременных аэрозолями сернокислой магнезии. При этом учитывалось, что ведущую роль в лечении поздних токсикозов беременных имеют принципы В. В. Строганова, покоящиеся на охранительном торможении клеток мозга путем создания строгого лечебно-охранительного режима с применением соответствующих лечебных средств.

Клинические наблюдения позволили сделать вывод, что эффект от применения сернокислой магнезии в аэрозолях лучше, чем при внутримышечном методе введения. Поэтому наблюдения были углублены и расширены применением динамического исследования количества остаточного азота в крови при нефропатии для установления успешности лечения и прогноза.

У небеременных женщин остаточный азот в крови, как известно, находится в пределах 25—40 мг%, при нормальной беременности этот показатель ниже и составляет 18—24 мг%, что объясняется использованием аминокислот для синтеза тканей плода (Г. Г. Смирнова, Е. И. Кватер, З. С. Чулкова). Остаточный азот в крови страдающих токсикозом становится ближе к показателям небеременных, так как аминокислоты при синтезе белка не используются из-за отсутствия некоторых веществ, необходимых для синтеза, и значительное количество аминокислот выводится с мочой и к плоду поступает в недостаточном количестве.

Мы провели наблюдения на 101 беременной с нефропатией I (50), II (35) и III (16) ст. в сроки от 30 недель и выше.

Первородящих было 71 (70,3%) и повторнородящих 30 (29,7%).

Аэрозоль-ингаляциями лечилось 65 женщин (27—I ст., 28—II ст. и 10—III ст.), внутримышечными инъекциями 12 (I ст.—1, II ст.—5 и III ст.—6), раз-

личными другими методами и лекарственными препаратами — 24 (I ст. — 22 и II ст. — 2).

При лечении аэрозоль-ингаляционным методом женщин с нефропатией I ст. (27) АД снизилось до нормы у всех, отеки сошли у 18, снизились до пастозности у 5 (у 4 отеков не было).

При поступлении белок в моче обнаружен у 21 больной. После лечения белка не стало у 12, остались следы белка у 8 и у одной содержание белка осталось без изменений.

Количество остаточного азота после лечения снизилось в среднем на группу до 25,6 мг% (29,2 мг% при поступлении). Повышение количества остаточного азота после лечения не отмечалось. Выздоровело 18 больных, наступило улучшение у 8, и улучшения не было у одной.

При нефропатии II ст. (28) АД снизилось до нормы у 24 и у 4 осталось в пределах 140/90, отеки наблюдались у всех и исчезли после лечения у 23 и у 5 остались в виде пастозности.

Белок в моче при поступлении обнаружен у всех больных. После лечения белка не стало у 8, снизился до 1‰ у 11, и у 9 больных белок остался в виде следов.

Количество остаточного азота после лечения снизилось в среднем на группу до 25,1 мг% (28,2 мг% при поступлении). Небольшое повышение количества остаточного азота после лечения отмечалось у 2 больных.

Наступило выздоровление у 15 больных, улучшение — у 11, и улучшения не было у двух.

При нефропатии III ст. (10) после лечения АД снизилось до нормы у 4 и у 6 осталось в пределах 140/90, отеки исчезли у 6, и у 4 осталась пастозность. Белок исчез у 2 больных, у 2 снизился до 1‰ и у 6 оказалась стойкая альбуминурия.

Количество остаточного азота после лечения снизилось в среднем на группу до 30,8 мг% (32,2 мг% при поступлении). Повышение количества остаточного азота после лечения наблюдалось у 3 больных.

Отмечено выздоровление у 2 больных, улучшение — у 4, и у 4 улучшения не было.

Лечилось внутримышечными инъекциями сернокислой магнезии 12 больных, из них с нефропатией I ст. одна больная выздоровела, с II ст. 5 больных, из них 2 выздоровели, у 2 наступило улучшение, и у 1 эффекта не получено.

Количество остаточного азота после лечения снизилось в среднем на группу до 30,6 мг% (33,6 мг% при поступлении).

С нефропатией III ст. лечились 6 больных, из них у 1 наступило выздоровление, у 3 — улучшение, и у 2 эффекта не было.

Количество остаточного азота после лечения снизилось в среднем на группу до 29,8 мг% (31,2 мг% при поступлении).

Третьей группе (24) (нефропатия I ст. — 22 и II ст. — 2) лечение проводилось комплексным методом (резерпин, дибазол в порошках и инъекциях, бром и проч.).

Количество остаточного азота после лечения снизилось в среднем на группу до 27,8 мг% (29,4 мг% при поступлении); отмечено выздоровление у 7, улучшение — у 11, и эффекта не было у 4 больных.

ВЫВОДЫ

1. Снижение количества остаточного азота в крови больных токсикозом беременных наблюдается почти в равной степени после как аэрозоль-ингаляционного, так и внутримышечного введения сернокислой магнезии.

2. Аэрозоль-ингаляционный метод введения сернокислой магнезии наиболее показан больным с нефропатией I и II ст.

3. Результат применения сернокислой магнезии как в аэрозолях, так и внутримышечно по снижению количества остаточного азота в крови оказался наиболее эффективным при нефропатии I и II ст. (от 3 до 3,6 мг%), чем при III ст. (1,4 мг%).

4. Снижение количества остаточного азота в крови больных с поздним токсикозом беременных, при лечении сернокислой магнезией в аэрозолях, составляет 3,6 мг% против 1,6 мг% при комбинированном лечении (резерпин, дибазол, бром и проч.).

5. При лечении больных с поздними токсикозами беременных сернокислой магнезией разными методами количество остаточного азота в крови с учетом клиники может служить прогнозом к исходу беременности.

6. Аэрозоль-ингаляционный метод, как щадящий, находится в полном соответствии с учением И. П. Павлова и В. В. Строганова и должен по праву занять ведущее место в лечении поздних токсикозов беременных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богоров И. И. Журн. акуш. и женск. болезн., 1928, 7—8. — 2. Королева А. М. Журн. акуш. и гин., 1945, 1. — 3. Королев А. Н. Сб. тр. каф. акуш. и гинек., Горький, 1960, 2. — 4. Макеева О. В. Профилактика заболеваемости

матерей и новорожденных, М., 1957. — 5. Николаев А. П. Практическое акушерство, Киев, 1958. — 6. Сидоров П. П. и Мильченко И. Т. Журн. акуш. и гинеко., 1937, 7. — 7. Смирнова Л. Г., Кватер Е. И. и Чулкова З. С. Журн. акуш. и гинеко., 1960, 1. — 8. Стоцик Н. Л. и Орлова Т. И. Поздний токсикоз беременности, М., 1952. — 9. Тутова И. М. Сб. тр. каф. акуш. и гинеко., Горький, 1960, 2. — 10. Чеботарев Д. Ф. Гипертензивный синдром, Киев, 1956.

Поступила 10 декабря 1962 г.

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ АРПЕНАЛОМ

Б. И. Шулутко

3-я кафедра внутренних болезней (зав.—проф. Б. В. Ильинский)
Ленинградского ГИДУВа им. С. М. Кирова и больницы им. В. И. Ленина
(главврач — К. А. Шеломенцева)

Как известно, важную роль в патогенезе астматического приступа играет бронхоспазм; поэтому правомерным является стремление фармакологов и клиницистов использовать для лечения астмы препараты холинолитического ряда. Последние, ослабляя поток импульсов по блуждающему нерву, могут способствовать прекращению приступов.

Одним из холинолитиков, успешно зарекомендовавшим себя при купировании экспериментального бронхоспазма, вызываемого различными методами, является арпенал, представляющий собой сложный эфир диэтиламинопропанола и дифенилуксусной кислоты. Этот препарат был синтезирован в Институте тонкой органической химии АН Арм. ССР под руководством академика А. Л. Миджояна и изучен экспериментально проф. М. Я. Михельсоном и его сотрудниками в Институте эволюционной физиологии им. И. М. Сеченова АН СССР.

При экспериментальном изучении препарата выявлено выраженное холинолитическое действие его на М- и Н-холинореактивные системы с отчетливым спазмолитическим эффектом. Введение бронхолитических доз препарата в эксперименте не вызывало заметных расстройств со стороны сердечно-сосудистой системы. Первое клиническое испытание препарата, проведенное на небольшой группе больных бронхиальной астмой (30 чел.) А. Т. Симоняном и др. (1958 г.), показало его целесообразность. По данным этих авторов, у всех больных, получавших арпенал, был отмечен хороший эффект.

Под нашим наблюдением находилось 107 больных бронхиальной астмой (женщины — 72, мужчин — 35). В стационаре проходили лечение 44, в поликлинике 40 и в условиях неотложной помощи 23.

В возрасте до 30 лет было 8, от 31 до 50 — 45, от 51 до 60 и старше — 54. С длительностью астмы от 1 г. до 4 лет — 17 больных, от 5 до 9 лет — 35, от 10 до 14 лет — 30, 15 лет и более — 25.

С нетяжелой и, как правило, неосложненной бронхиальной астмой было 52 чел., с астмой средней тяжести и с осложнениями в виде хронического бронхита, пневмосклероза, повторных пневмоний, эмфиземы легких и явлений легочно-сердечной недостаточности первой и второй степеней 50. В третью группу отнесены 5 наиболее тяжелых больных с многолетней давностью заболевания, проявляющегося длительными астматическими состояниями, при выраженной эмфиземе легких и легочно-сердечной недостаточности 2—3 ст.

Препарат применялся в виде подкожных инъекций 1 мл 2% раствора три раза в сутки в стационаре и два раза в сутки в поликлинике. Курс лечения составлял 2—3 недели. Если в течение 7—10 дней эффекта не наступало, препарат отменяли. При соответствующих показаниях, кроме арпенала, больные получали антибиотики, сульфаниламиды, сердечно-сосудистые средства. Иногда в начале курса лечения наиболее тяжелые приступы астмы купировались адреналином или эфедрином. В условиях квартирной неотложной помощи арпенал вводился подкожно однократно по 2 мл 2% раствора.

Результаты лечения оценивались как «хорошие», когда прекращались приступы астмы и значительно улучшалось общее состояние больных; как «удовлетворитель-