

ВЫВОДЫ

1. У больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких уровень холестерина не превышает верхней границы нормы, несмотря на то, что по возрастной характеристике этих больных следовало бы ожидать явлений гиперхолестеринемии.
2. В липопротеиновом и глюкотеининовом спектрах имеется тенденция к появлению большого количества грубодисперсных, медленнодвигающихся фракций.
3. Характер изменений уровня общего холестерина, глюко- и липопротеидов больше напоминает изменения, свойственные заболеваниям группы коллагенозов, чем таковые при атеросклерозе; это согласуется с клинико-анатомическими выводами о том, что атеросклеротический процесс у страдающих хроническими неспецифическими заболеваниями легких бывает выражен в меньшей степени и на более поздних стадиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анисимов В. Е. Тез. докл. 2-й Поволжской конф. терапевтов, 1960.—
2. Веселкин Н. П., Ильин В. С., Чаплыгина З. А. Вopr. мед. химии, 1955, 2.—3. Саламатина В. В. Клин. мед., 1960, 6.—4. Сиповский П. В., Власова З. А. Клин. мед. 1961, 5.—5. Смоленский В. С. Тер. арх., 1960, 4.—6. Франк А. С. Синдром коронарной недостаточности при различных патологических состояниях. Кишинев, 1961.—7. Шалевич М. А., Саранкин Г. Е. Тер. арх., 1962, 9.—8. Michel D., Rechenberger J., Hartleb O. Artzl. Wschr., 1958, 13, 27.—9. Schirosa G., Guarini G. Boll. soc. ital. biol. sperim, 1954, 30, 6.

Поступила 18 июня 1963 г.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ТЕСТА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ МАТКИ К ОКСИТОЦИНУ

Асс. О. А. Королькова, асп. К. В. Воронин

1-я кафедра акушерства и гинекологии (зав. — докт. мед. наук Р. Г. Бакиева, консультант — проф. П. В. Маненков) Казанского медицинского института, на базе Республиканской клинической больницы (главврач — К. Л. Свечников)

В 1953 г. Смит применил свой тест чувствительности матки к окситоцину, чтобы установить эффективность вызывания родов путем разрыва плодного пузыря. Гублейн, Баумгартен (1960) и др. пытались использовать этот тест для определения чувствительности матки без амниотомии. Степень чувствительности, по мнению указанных авторов, свидетельствует о готовности матки к спонтанным сокращениям и определяет эффективность родостимулирующих процедур.

Учитывая практическую значимость указанного теста для вызывания родовых деятельности, особенно при сомнительном сроке беременности, мы поставили целью провести проверку этого теста в клинических условиях и дать ему объективную оценку.

Наш материал охватывает 25 наблюдений применения теста Смита. В возрасте до 20 лет было 2 женщины, от 21 до 30 — 12, и от 31 и старше — 11. Первородящих было 9, повторнородящих — 16 (из них у 12 было 3 и более родов).

Тест проводился при следующих сроках беременности — недоношенной (36—38 недель) — 6, срочной (39—40 недель) — 13, переносной (41—42 недели) — 6. С окружностью живота до 100 см было 15 женщин и более 100 см — 10.

Методика. Беременная укладывается на кровать. Желательно, чтобы тест не проводился натощак (известны случаи коллапса после применения окситоцина в таких случаях). Приготавливается раствор из 1 мл 5% окситоцина в 10 мл дважды дистиллированной стерилизованной воды, после чего 1 мл полученного раствора растворяется в 50 мл той же воды. В результате получается раствор окситоцина, содержащий в 1 мл 0,01 ед. гормона. На живот выше пупка накладывается токограф Лоранда для регистрации схваток. Последние можно определять и пальпаторно, но в этом случае, не имея должного опыта, трудно отличить кашлевой толчок или шевеление плода от схваток. Токограф включается и регистрирует тонус матки за

10—15 мин до проведения теста. Беременной рекомендуется соблюдать полный покой, избегать движений. Затем внутривенно вводится вышеупомянутый раствор окситоцина по 1 мл с минутным интервалом до появления схватки (не более 5 мл). Записывается расход окситоцина для получения твердо установленной схватки. Перед проведением теста определяются состояние шейки матки («зрелость» по А. Дзиоба) и степень гормональной насыщенности влагалищного мазка.

При проведении теста выявились следующие эффекты (см. рис. 1—4): положительный (0,01—0,02 ед. окситоцина) — у 8 (3 первородящих и 5 повторнородящих), слабopоложительный (0,02—0,03 ед.) — у 5 (2 первородящих и 3 повторнородящих), отрицательный (0,05 ед.) — у 11 (3 первородящих и 8 повторнородящих) и сомнительный (0,02—0,04 ед.) — у одной повторнородящей, вследствие повышенного тонуса матки уже трудно было отличить схватку от окситоцина от тонусного подъема.

При недоношенной беременности получены 5 отрицательных и 1 положительный эффект; при срочной — 4 отрицательных, 6 положительных, 2 слабopоложительных и 1 сомнительный; при переносной (41—42 недели) — 2 отрицательных, 3 слабopоложительных и 1 положительный эффект.

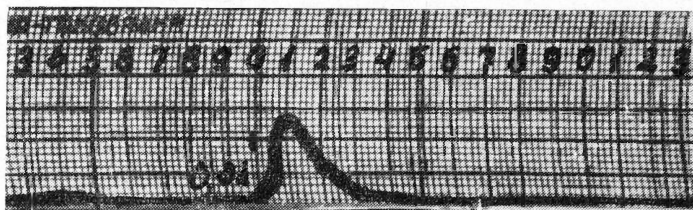


Рис. 1. Положительный эффект (схватка 3 мин; амплитуда 13 мм).

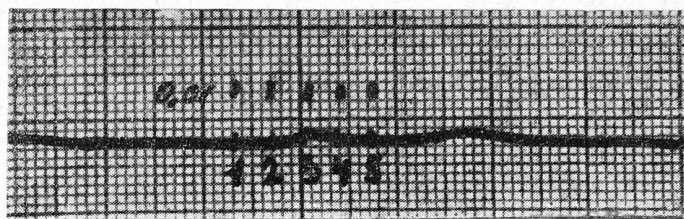


Рис. 2. Слабopоложительный эффект (схватка 1 мин, амплитуда 2 мм).

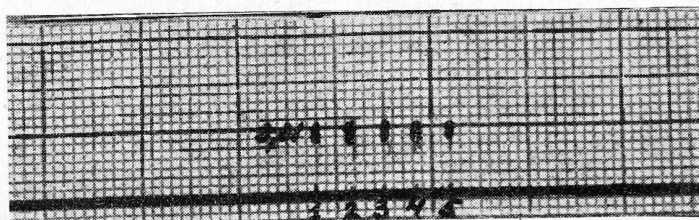


Рис. 3. Отрицательный эффект.

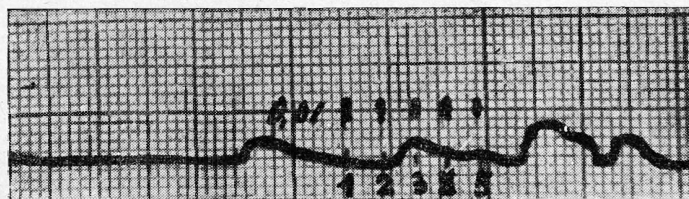


Рис. 4. Сомнительный эффект (трудно отличить тонусные волны от схватки вследствие действия окситоцина).

У трех женщин роды вызваны после 14 дней от проведения теста по акушерским показаниям. При положительном эффекте у 8 женщин (от 0,01—0,02 ед.) роды наступили в течение 48 часов у 6. При слабopоложительном эффекте у 5 женщин (от 0,02—0,03 ед.) — роды наступили в течение 5—7 дней у 5. При отрицательном эффекте у 11 женщин от 0,05 ед. роды наступили не раньше 14 дней (у одной роды произошли через 3 дня, но здесь были тяжелая нефропатия и преждевременные роды при беременности 36—37 недель, родился ребенок весом 2 300,0). У двух женщин при положительном эффекте от 0,01—0,02 ед. роды произошли через 10—15 дней возможно потому, что у одной была двойня, а у другой — переносная беременность.

Зависимость между состоянием шейки матки («зрелостью» шейки по А. Дзюба — частичное сглаживание, дилатация цервикального канала на 1—1,5 см и мягкая консистенция тканей шейки) и реакцией миометрия на окситоцин проявилась следующим образом:

При «зрелой» матке положительный эффект получен у 2 первородящих и 4 повторнородящих, слабopоложительный соответственно у одной и одной. При «незрелой» матке положительный эффект получен у двух повторнородящих, слабopоложительный — у одной первородящей и двух повторнородящих, отрицательный — соответственно у 3 и 8, сомнительный — у одной повторнородящей.

Таким образом удается вывести зависимость реакции миометрия на окситоцин от состояния шейки матки.

В отношении же влагалищных мазков и их гормональной насыщенности конкретных выводов сделать пока нельзя ввиду ограниченности материала.

При проведении теста по Смиуту отрицательного влияния на мать и плод нами не выявлено.

ЛИТЕРАТУРА

1. Dzioba A., Drabina F. Zbl. für gynäk., 1959, 41.—2. Hablein H., Baumgarten H., Hofhansl W. Zbl. für gynäk., 1960, 2.—3. Smyth C. N. Lancet, 1958, 5.

Поступила 10 апреля 1963 г.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ АМИНАЗИНОМ

В. М. Орловский

Третий родильный дом Казани (главврач — А. Д. Осканова), научный руководитель — проф. И. В. Данилов

В обоснование применения аминазина для обезболивания родов одни авторы подчеркивают свойство аминазина блокировать проведение импульсов на уровне ретикулярной формации ствола мозга и этим уменьшать боль (С. П. Вэгрин и Р. А. Маркс, 1958; Э. Цварик, 1958; И. Мак-Викар и М. Х. Маррей, 1960); другие обращали внимание на антипсихомоторное свойство аминазина (Б. Б. Гершензон, 1954—1956; И. С. Пуркис, 1958). Р. Х. Стюарт (1961) обосновывает применение аминазина способностью его переводить организм из нежелательного состояния эрготропной доминанты в благоприятное для роженицы состояние с трофотропной доминантой. А. Г. Логунова и В. С. Михайловский (1961) находят, что более легкое течение родового акта при применении аминазина связано с уменьшением симпатикотропной настроенности. Некоторые авторы сравнивают эффект аминазина с гипнотическим воздействием при подготовке по методике Риды, указывая на возможность получения психического расслабления в родах (Х. Лабори, 1952; М. Лакомэ и др., 1952; Ц. Д. Кунце и П. Сисон, 1957). А. М. Фой (1959), С. Д. Лемберанская (1960), В. И. Струкова (1960) указывают на применение аминазина как дополнение к психопрофилактической подготовке в родах.

Мы применяли аминазин при обезболивании родов у 153 рожениц (у 9 из них была легкая форма нефропатии беременных).

Аминазин почти всем роженицам вводился внутримышечно по 50 мг в 3 мл 1/4 % раствора новокаина.

Учитывая литературные данные о скрытом психическом факторе в медикаментозном обезболивании (К. И. Платонов, 1940), роженицам не разъяснялось истинное значение вводимого вещества.