

держимом позвоночного канала, так и на костной основе может обеспечить хороший результат лечения.

Мы считаем необходимым уделить особое внимание при операциях двум моментам: одновременной реклинации смещенного позвонка на ортопедическом столе и устойчивой внутренней фиксации с помощью металла.

В нашем институте для фиксации позвоночника с успехом используются пластинки Лена. Их укладывают с двух сторон на корни дужек и фиксируют при помощи шурупов к телам выше и ниже расположенных неповрежденных позвонков. Пластинки накладывают больному на ортопедическом столе при постоянной тяге с помощью подмышечных петель или петли Глиссона и противотяги за нижние конечности. Вместо пластинок Лена с успехом может быть использован измененный фиксатор-стяжка, предложенный Я. Л. Цивьяном и Э. А. Рамих. Для этого необходимо фиксатор-стяжку превратить в фиксатор-распорку.

По вышеуказанной методике с применением пластинок Лена нами произведено три операции больным с осложненными компрессионными переломами позвоночника на уровне нижнегрудного и верхнепоясничного отделов. Во всех случаях имелись значительная компрессия с нарушением целостности и смещением фрагментов дужек, явления глубокого парализа с выпадением всех видов чувствительности по проводниковому типу, нарушения функций тазовых органов. При операциях видимого повреждения вещества спинного мозга обнаружено не было.

Операции проводились у 2 больных на 2-е сутки после травмы и у одной — спустя 40 дней. Результаты лечения (от 1,5 до 2 лет) у всех 3 больных были признаны хорошими. Пострадавшие выполняли легкую физическую работу, движения в нижних конечностях восстановились.

Для иллюстрации приводим выписку из истории болезни одной из больных. С., 42 лет, поступила 3/VII 1963 г. Во время автомобильной катастрофы 9/VI 1963 г. получила травму позвоночника. Тотчас пропали активные движения и чувствительность в нижних конечностях, развилась задержка мочеиспускания и дефекации. В течение месяца больная находилась на лечении в районной больнице, где проводилось вытяжение на наклонной плоскости с помощью подмышечных петель. Небольшие движения в левой ноге появились на следующий день после травмы, спустя три недели обнаружился намек на движения в правой ноге.

В соматическом статусе патологии не определяется. В нижнегрудном и верхнепоясничном отделах позвоночника кифоз с вершиной на уровне D₁₂—L₁. Нижний вялый глубокий парализ с выпадением всех видов чувствительности по проводниковому типу от D₁₂. Нарушены функции тазовых органов по типу задержки. Обширный пролежень в крестцовой области и отек нижних конечностей.

На спондилограммах — выраженный люксационно-компрессионный перелом 1-го поясничного позвонка с нарушением целостности дужек 1-го и 2-го позвонков, а также поперечного отростка 2-го позвонка. Дистальный отдел позвоночника начиная со 2-го поясничного позвонка смещен вправо на половину ширины тела.

Люмбальная пункция. Механическая блокада подпаутинного пространства, ликвор опалесцирует, белка 5,07%, цитоз — 3.

16/VII 1963 г. произведена ламинэктомия D₁₂—L₃, ревизия конуса и корешков конского хвоста спинного мозга, фиксация пораженного отдела позвоночника металлическими пластинками Лена.

Начиная со 2-го дня после операции медленно нарастал объем движений в нижних конечностях, увеличивалась мышечная сила. Спустя месяц появилось самостоятельное мочеиспускание, зажил пролежень, исчезли отеки. Наложен гипсовый корсет, больной разрешено ходить.

Через 1 год 9 месяцев после операции самочувствие у нее хорошее, жалоб нет, походка обычная, ограничен объем движений в поясничном отделе позвоночника; объем движений в конечностях полный, мышечная сила нормальная; ахилловы рефлекс не вызываются, легкая гипестезия по корешковому типу в зоне L₃—L₅ справа. Больная выполняет всю домашнюю работу.

УДК 618.4—089.5

ОЦЕНКА АНАЛЬГЕТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ПРОМЕДОЛА В РОДАХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДОЗЫ

В. В. Абрамченко

Акушерское отделение (зав. — проф. Я. С. Клеицкий) Института акушерства
и гинекологии АМН СССР (директор — чл.-корр. АМН СССР,
проф. М. А. Петров-Маслаков)

Промедол является одним из наиболее популярных анальгетиков, применяемых для рододобезболивания. Он получает все большее распространение, особенно в комбинации с другими веществами. Однако несмотря на более чем десятилетний опыт

использования промедола с целью обезболивания родов, до сих пор не дана сравнительная оценка его анальгетических свойств в средней терапевтической дозе (0,02) и максимально допустимой (0,04). Практическое значение вопроса велико, особенно потому, что четко доказано угнетающее действие анальгетиков на дыхательный центр плода. Ряд клиницистов настоятельно рекомендует применять промедол в максимально допустимой разовой дозе — 2 мл 2% раствора подкожно (А. М. Фой, Л. Н. Гольдштейн, Н. В. Архангельская, М. И. Анисимова, 1962), другие же считают, что промедол целесообразно назначать в количестве от 20 до 40 мг (М. А. Петров-Маслаков, 1963; З. П. Гращенкова, Г. П. Хохлова и др.). В ряде работ последних лет показано, что введение одного лишь промедола не обеспечивает высокого процента болеутоления в родах.

Основная задача настоящего исследования заключалась в сравнительной оценке анальгетической активности промедола в дозах 0,02 (I гр. женщины) и 0,04 (II гр.) при подкожном введении 140 роженицам. Контингент обследованных рожениц по возрасту, соотношению первородящих к многородящим, учету соматических заболеваний был идентичным в обеих группах.

Методика. Мы учитывали нервно-психическое состояние роженицы и обезболивающий эффект по данным специальной анкеты (Акуш. и гинек., 1966, 2). Нервно-психические реакции в обеих изучавшихся нами группах были примерно одинаковыми. Промедол мы вводили при раскрытии маточного зева от 1,5 до 4 поперечных пальцев и при установлении регулярной родовой деятельности. Сократительная деятельность матки изучалась наружной трехканальной гистерографией, степень болезненности схваток — сенсограммией по методике проф. Я. С. Кленницкого, состояние плода — с помощью фонокардиографии и актографии.

Весьма существенным моментом является время наступления обезболивающего эффекта в зависимости от степени выраженности последнего. Ни в отношении степени болеутоления в родах, ни времени наступления обезболивающего эффекта не отмечено статистически достоверных различий в обеих сравниваемых группах рожениц.

При анализе сенсограмм у 20 рожениц также не отмечено существенных различий в отношении болеутоления в родах у рожениц обеих групп. Так, средняя продолжительность болевого ощущения до обезболивания в I гр. рожениц равнялась 60 ± 6 сек., во II — 57 ± 6 сек., а после родообезболивания соответственно 52 ± 5 сек. и 42 ± 4 сек. Интенсивность боли до обезболивания была $6 \pm 1,2$ мм (0,02 промедола) и 6 ± 5 мм (0,04 промедола), а после обезболивания соответственно $4 \pm 1,1$ мм и $3 \pm 0,9$ мм. Длительность анальгезии в обеих группах рожениц была также одинаковой. У 51 роженицы, получившей 0,02 промедола ($72,9 \pm 6\%$), и у 48 рожениц, получивших 0,04 промедола ($68,5 \pm 6,5\%$), анальгезия не превышала 2 час. (различия статистически недостоверно, $t=0,4$).

Изучение средней продолжительности родов (с учетом спазмолитического действия промедола) показало, что общая продолжительность родов при применении промедола в дозе 0,02 у первородящих была 15 час. 30 мин. ± 18 мин., у многородящих — 7 час. 20 мин. ± 12 мин., а при применении промедола в дозе 0,04 — соответственно 16 час. 30 мин. ± 21 мин. и 10 час. 08 мин. ± 14 мин. Продолжительность отдельных периодов родов также была одинаковой в обеих группах рожениц. На гистерограммах основные параметры сократительной деятельности матки (продолжительность и интенсивность схваток, частота и продолжительность пауз между схватками, координация различных отделов матки между собой и др.) показывают отсутствие нарушения координации сократительной деятельности матки у рожениц обеих групп. Под влиянием обезболивания промедолом сокращения матки приобретают более регулярный характер в области нижнего сегмента матки. Асфиксия новорожденного наблюдалась в обеих группах одинаково часто (по 4 новорожденных) и лишь при осложненном течении родов (слабость родовой деятельности, лихорадка в родах, тугое обвитие пуповины вокруг шеи плода, чрезмерная родовая деятельность, запоздалые роды и др.). Она не может быть поставлена в зависимость от применяемого раствора промедола.

Все новорожденные, родившиеся в асфиксии, оживлены. Максимальная убыль и восстановление первоначального веса у новорожденных были нормальными. В последующие дни до выписки из стационара все новорожденные росли и развивались без особенностей.

С целью изучения влияния промедола на сердцебиение и двигательную активность плода производилась запись сердцебиения с помощью фонокардиографа до введения промедола роженице, сразу после введения, через 30 мин. и через час. Всего проведено 60 исследований. Применение промедола в родах в обеих изученных нами дозировках не изменяет характер сердечной деятельности и двигательной активности плода. Частота оперативных вмешательств в родах не превышает частоты наблюдающихся при нормальных родах. Средняя кровопотеря в родах при применении промедола в дозе 0,02 равнялась 274 ± 6 мл; в дозе 0,04 — 284 ± 12 мл. Кровопотеря свыше 500 мл отмечена в I гр. у 14 рожениц, а во II гр. — у 18. Послеродовой период протекал в основном без осложнений. У 26 рожениц (из 70) при введении 0,04 промедола отмечены побочные явления: головокружение, тошнота, чувство прострации. Реже (у 14 рожениц) наблюдалась рвота.

ВЫВОДЫ

1. Для родообезболивания целесообразно применять промедол не в максимально допустимой дозировке (0,04), а в дозе 0,02 (2%—1 мл).

2. На основании анализа клинического течения родов, наружной многоканальной гистерографии, фонокардиографии и актографии плода можно признать, что промедол в дозах 0,02 и 0,04 не оказывает неблагоприятного влияния на сократительную деятельность матки, состояние плода и новорожденного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аккерман Л. И. Акуш. и гин., 1963, 4. — 2. Архангельская Н. В. Тр. Саратовского мед. ин-та, 1957, 9; Клинические и экспериментальные данные по обезболиванию родов промедолом и сочетанием промедола с пропазином. Автореф. канд. дисс., Саратов, 1961. — 3. Анисимова М. И. Акуш. и гин., 1961, 3. — 4. Бакшеев Н. С. Тез. докл. XI Всесоюз. съезда акуш. и гинеколог., М., 1963. — 5. Гольдштейн Л. Н. Тр. Саратовского мед. ин-та, 1962. — 6. Граченко З. П., Хохлова Г. П. Акуш. и гин., 1954, 6. — 7. Гусейнов А. Г., Струкова В. И., Шмидова В. Ф. В кн.: Обезболивание родов. Медицина, Л., 1964. — 8. Кленцкий Я. С. Тр. I съезда акуш. и гин. РСФСР, Л., 1961. — 9. Колодина Л. Н. Актуальн. вопр. акуш. и гинеколог., Ужгород, 1963. — 10. Кречетов А. Б. Клинико-физиологическая характеристика сердцебиения и двигательной активности плода. Автореф. канд. дисс., Л., 1958. — 11. Машковский М. Д., Ищенко В. И. Фармакол. и токсикол., 1952, 4. — 12. Мышкин Н. Н. К характеристике промедола как анальгетика. Автореф. канд. дисс., Свердловск, 1958. — 13. Панкратова Г. В. Сб. научных трудов кафедры акуш. и гин. Горький, 1960. — 14. Панов И. В., Подшивалова Г. А., Стрелков Р. Б. Вопр. анестезиол., Свердловск, 1964, вып. 44. — 15. Петров-Маслаков М. А. Руководство по акушерству и гинекологии. Медгиз, М., 1963, т. II. — 16. Сакулина А. Н. Сб. тр. Пермской обл. клин. больницы, 1960, 1. — 17. Сангайло А. К., Подшивалова Т. А. Акуш. и гин., 1958, 3. — 18. Смирнова Т. Н. Актуальн. вопр. акуш. и гинеколог., Ужгород, 1965. — 19. Степанковская Г. К. Тр. Республ. научно-практической конф. акуш. и гинеколог. Украин., Киев, 1958. — 20. Сюй-Бин. Фармакол. и токсикол., 1956, 4. — 21. Фой А. М. Там же, 1952. — 22. Шмидова В. Ф. Акуш. и гин., 1963, 1.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.—008.9—616—089

В. А. Сабурова (Казань). Активность глютамико-пировиноградной трансаминазы у хирургических и онкологических больных в процессе лучевого и хирургического лечения

С сентября 1964 г. по май 1965 г. мы определяли активность трансаминазы у 80 больных и 30 здоровых (320 исследований). Хирургических больных было 19, онкологических — 61 (мужчин — 44, женщин — 36). Оперировано 55, получали лучевое лечение 25 больных.

Активность трансаминаз мы определяли колориметрическим методом Райтмана и Френкеля в модификации К. Г. Капетанаки. Первое определение активности глютамико-пировиноградной трансаминазы (ГПТ) проводилось при поступлении больного в клинику, последующие — через 10 дней после операции или лучевого лечения и перед выпиской. Данные исследований были обработаны статистически.

Повышение активности ГПТ мы нашли у больных с заболеванием печени или с метастазами злокачественной опухоли в печень.

По результатам определения активности ГПТ можно до некоторой степени судить об операбельности больного, а также о наличии заболевания печени.

Наши данные не подтверждают мнение некоторых авторов относительно повышения активности ГПТ при операционных травмах.

УДК 616—002.3—612.015.348

Е. А. Загайнов (Йошкар-Ола). Динамика протеинов и липопротеидов сыворотки крови при острых гнойных хирургических заболеваниях

Изучались протеины и липопротеиды сыворотки крови при острых гнойных заболеваниях. Исследование проводилось на аппарате ЭФА-1 с использованием медиал-вероналового буфера. Липопротеиды определялись методом предварительной окраски сыворотки суданом черным (В. Ф. Богоявленский и Д. Н. Розенштейн, 1961).