

У большинства больных пузырным заносом положительный результат реакции получен при разведении мочи от 1:25 до 1:100 (у 5 — при разведении 1:100, у 9 — при разведении 1:50 и у 4 — при разведении 1:25). У 2 больных реакция Фридмана была положительной только с неразведенной мочой. Эти наблюдения, как и описанные Я. М. Ландау (1960) и О. П. Тарасенко (1961), указывают, что и при невысоком титре хориального гонадотропина в моче диагноз пузырного заноса отвергать не следует.

У 3 больных выявлена термостабильная форма хориального гонадотропина, причем у 2 из них пузырный занос сопровождался неукротимой рвотой, а у одной в последующем развилась хорионэпителиома. Приведенные данные подтверждают мнение А. А. Давиденко (1959), Р. М. Израэльсона (1940) и И. П. Гоменюка (1964) о том, что обнаружение термостабильной формы хориального гонадотропина у подавляющего большинства больных указывает на наличие хорионэпителиомы или на неукротимую рвоту беременных. Таким образом, определение термостабильного хориального гонадотропина, отличающегося от гормона, выявляемого при нормальной беременности и «доброкачественном» пузырном заносе, дает клиницисту еще один метод ранней диагностики хорионэпителиомы, а также неукротимой рвоты.

У большинства исследованных нами больных уже в течение первых 15—20 дней после удаления пузырного заноса реакция Фридмана становилась отрицательной (у 6 больных — к 15-му дню, у 12 — к 20-му и лишь у 1 — к 30-му дню). У 1 больной положительная реакция Фридмана наблюдалась до момента возникновения хорионэпителиомы, т. е. до 42-го дня, причем она была положительной с цельной кипяченой мочой и при разведении некипяченой мочи 1:100.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гоменюк И. П. Акуш. и гинекол., 1964, 1. — 2. Давиденко А. А. Там же, 1959, 1. — 3. Израэльсон Р. М. Там же, 1940, 10. — 4. Ландау Я. М. Там же, 1960, 3. — 5. Тарасенко О. П. Клиника, диагностика, лечение пузырного заноса и отдаленные результаты. Автореф. канд. дисс., Черновицы, 1961.

УДК 618.52—618.5—089.888.21

ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИЯ ПЛОДА ПРИ СУЖЕННОМ ТАЗЕ

А. П. Марусов

Родильный дом № 7 (главврач — И. А. Кудряшова) и родильный дом № 3 (главврач — А. П. Ершова) г. Горького
Научный руководитель — проф. С. С. Добротин

В родильных домах применяют вакуум-аппарат конструкции В. Н. Аристовой и инженера Г. Г. Котляревской с набором металлических колпачков различной величины и ручным насосом.

В доступной литературе мы нашли несколько указаний по наложению вакуум-экстрактора на головку плода при сужении таза. Н. Н. Филимонов прибегал к вакуум-экстрактору при функционально узком тазе, С. А. Галицкий — при сужении таза I и II ст., А. Я. Ермакова и Л. В. Тимошенко и др. — при узком тазе. Проф. К. Н. Жмакин не рекомендует пользоваться вакуум-экстрактором при сужении таза II ст.

Мы осуществляли вакуум-экстракцию по показаниям при сужении таза I и II ст. Из 504 рождений, которым был применен вакуум-экстрактор, с сужением таза I ст. было 57, II ст. — 4 и с простым плоским тазом — 1. Из 62 рождений с сужением таза было 56 первородящих и 6 повторнородящих. Открытие шейки матки у всех 62 рождений было полное. Роды в срок были у 54, после перенесенной беременности — у 8.

Показания к вакуум-экстракции были следующие: угрожающая асфиксия плода в сочетании с родовой слабостью (у 34 рождений, у 2 из них была частичная преждевременная отслойка плаценты); угрожающая асфиксия плода (у 8); угрожающая асфиксия плода в сочетании с нефропатией (у 9, из них у 2 было несвоевременное отхождение околоплодных вод); слабость родовой деятельности в сочетании с несвоевременным отхождением околоплодных вод (у 9), высокая миопия (у 1) и недостаточность митрального клапана в сочетании со слабостью родовой деятельности (у 1).

Длительность безводного периода до 12 часов была у 39 рождений, до суток — у 18, до 2 суток — у 5.

При наложении вакуум-экстрактора у 7 рожениц головка плода находилась малым сегментом во входе в малый таз, у 39 — большим сегментом во входе в малый таз, у 16 — в полости малого таза.

Длительность угрожающей асфиксии плода от 5 до 30 мин. была у 33 рожениц, от 31 мин. до 1 часа — у 10, от 1 до 2 час. — у 7, до 5 час. 20 мин. — у 1. Профилактика внутриутробной асфиксии плода проводилась всем женщинам по методу Николаева, иногда неоднократно.

Зависимость длительности операции от высоты стояния головки плода представлена в табл. 1.

Таблица 1

Высота стояния головки	Длительность операции в минутах					
	5	10	15	20	25	30
Малым сегментом во входе в малый таз	2	2	1	1	—	1
Большим сегментом во входе в малый таз	6	16	6	5	5	1
В полости таза	8	7	1	—	—	—

Длительность операции свыше 10 мин. можно объяснить высоким стоянием головки плода к началу операции, крупными размерами плода в сочетании с упорной слабостью родовых сил и сужением таза.

У 6 женщин произведена перинеотомия, у 4 — эпизиотомия. У 12 рожениц произошел разрыв промежности 1-й ст., у 5 — разрыв стенок влагалища, у 10 — разрыв шейки матки 1-й ст.

У 3 детей вес был 2600—2700, у 35 — 2900—3500, у 21 — 3500—4000, у 3 — 4150—4230 г.

17 детей были извлечены в удовлетворительном состоянии, 6 — в легкой асфиксии, 22 — в состоянии средней тяжести, 15 — в тяжелом состоянии (из них 3 умерли в первые сутки), 2 — мертвыми.

Для оживления детей применяли метод И. С. Легенченко и Л. С. Персианинова. 7 детям производилась интубация. Из 3 детей, умерших после извлечения, один жил 11 час. Операция длилась 25 мин., колпачок был наложен на головку, находящуюся большим сегментом во входе в малый таз. Продолжительность угрожающей асфиксии плода — 30 мин. Длительность безводного периода — 20 час. Плод переносенный с тугим обвитием пуповины вокруг шеи 1 раз.

Второй новорожденный жил также 11 час. Колпачок был наложен на головку плода, находящуюся большим сегментом во входе в малый таз. Операция длилась 25 мин. Продолжительность угрожающей асфиксии плода — 25 мин. Безводный период — 19 час. 45 мин. Плод переносенный с тугим обвитием пуповины вокруг шеи 1 раз.

Третий ребенок умер в первые сутки жизни, роды длились 39 час. Операция производилась 20 мин. Колпачок был наложен на головку, находящуюся большим сегментом во входе в малый таз. Угрожающая асфиксия длилась 40 мин. Плод — с признаками переносненности.

Четвертый ребенок был извлечен мертвым. Угрожающая асфиксия плода длилась 1 час 10 мин., операция — 10 мин. Головка плода к началу операции находилась большим сегментом во входе в малый таз.

Пятый ребенок был извлечен также мертвым, роды длились 20 час. У матери была нефропатия. Операция длилась 5 мин. Головка плода к моменту операции находилась большим сегментом во входе в малый таз. Внутриутробная асфиксия плода длилась 45 мин. У всех пяти родильниц было сужение таза I ст.

У всех 5 детей на вскрытии обнаружено кровоизлияние в мозг, полнокровие внутренних органов, точечные кровоизлияния в плевру, эпикард, надпочечники (асфиксия).

Послеродовой период протекал без осложнений у 48 женщин. У 2 женщин послед был удален рукой из-за послеродового кровотечения. 8 родильницам было произведено ручное обследование полости матки в связи с задержкой оболочек, долек последа, атоническим кровотечением.

У одной женщины отмечено расхождение послеоперационных швов на промежности. Однократный подъем температуры был у 2, тромбоз вен левого бедра — у одной (еще до родов она болела хроническим тромбозом вен нижних конечностей).

На месте фиксации колпачка у всех новорожденных образовывалась опухоль, которая рассасывалась через 3—4 дня.

Всем детям проводилось следующее лечение: возвышенное положение головки, холод к головке, вдыхание увлажненного кислорода, кормление донорским молоком, витамины К и В₁, хлористый кальций. В зависимости от состояния новорожденных назначали антибиотики, сердечно-сосудистые средства и т. д.

18 новорожденных были приложены к груди матери на 3-и сутки, 19 — на 4-е, 9 — на 5-е, 2 — на 6-е, 4 — на 7-е, 1 — на 8-е, 4 — на 9-е.

Все дети выписаны в удовлетворительном состоянии.

Согласно нашим наблюдениям, вакуум-экстрактор можно применять при сужении таза I и II ст., если размеры таза соответствуют размерам головки плода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галицкий С. А. Акуш. и гин., 1965, 1. — 2. Ермакова А. Я., Тимошенко Л. В. Там же, 1965, 1. — 3. Жмакин К. Н. Там же, 1965, 1. — 4. Калтанова Р. И. Узкий таз в современном акушерстве. Медицина, М., 1965. — 5. Филимонов Н. Н. Акуш. и гинек., 1961, 3.

УДК 612.015.3—618.141—616—006.36

АКТИВНОСТЬ РОДАНАЗЫ В МИОМЕ И В МЫШЦЕ МАТКИ

А. Балаш и Е. Френдó

*1 клиника акушерства и гинекологии (зав. — проф. С. Шварц)
и кафедра физиологической химии (зав. — доц. В. Островский)
Медицинской Академии в Кракове*

В 1943 г. Greenstein установила, что в клетках перевиваемой гепатомы происходит значительное падение активности десульфгидразы цистеина по сравнению с клетками здоровой печени.

Десульфгидраза цистеина является ферментом, исполняющим вместе с роданазой важную роль в метаболизме соединений серы. Имеются доказательства тесной взаимозависимости между активностью десульфгидразы цистеина и роданазы в тканях животных. В клетках перевиваемой карциномы Эрлиха констатировано существенное снижение активности роданазы.

Нам казалось интересным сравнить активность роданазы в ткани доброкачественных новообразований и в ткани мышцы, из которой эти новообразования развивались. С этой целью мы обследовали мышцу матки и миому того же органа у женщины после ампутации или экстирпации матки.

Тканевой материал измельчали, протирая его с кварцевым песком и буферным раствором Сёрнсена с рН 7,4 (10 мл буфера на 1 г ткани). После центрифугирования сливали надосадочную жидкость и определяли в ней активность роданазы. Активность роданазы выражали в микро-молях тиоцианата, образующегося в течение 5-минутной инкубации на 1 г сухого веса гомогената ткани. Во всех проведенных нами 15 исследованиях выявлено, что активность роданазы в тканях миомы матки приблизительно в 8 раз больше активности того же фермента в тканях мышцы матки, из которых исходило упомянутое новообразование.

Результаты исследований указывают, что, по-видимому, в доброкачественном новообразовании (в нашем случае миома матки) не только не происходит уменьшения метаболизма сульфидных соединений, как в злокачественных новообразованиях, но, наоборот, имеется усиление этих обменных реакций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Greenstein J. P. J. nat. Cancer Inst., 1943, 3, 491. — 2. Frendo J., Koj A., Górniak A. Przegl. lek., 1963, 2, 141. — 3. Koj A., Frendo J., Borysewicz J. Acta med. Polon., 1964, 2, 109. — 4. Koj A., Frendo J. Acta biochem. Polon., 1962, 9, 375. — 5. Sorbo B. Acta chem. scand., 1953, 7, 1129.