

Рис. 1. Посмертная вертебральная ангиограмма новорожденного И. в прямой проекции. Сужение правой позвоночной артерии из-за кровоизлияния в канал артерии.

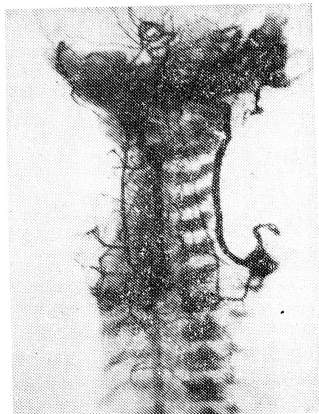


Рис. 2. Посмертная вертебральная ангиограмма новорожденного К. в косой проекции. На уровне C_2 слева имеется изменение просвета позвоночной артерии из-за кровоизлияния.

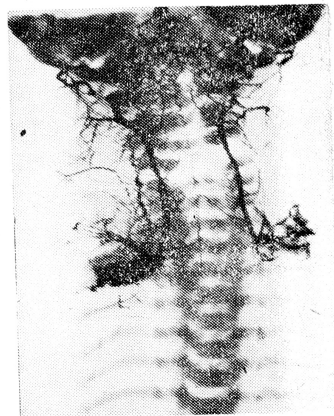


Рис. 3. Посмертная вертебральная ангиограмма новорожденной Е. в прямой проекции. На уровне C_4-C_5 с обеих сторон отмечается циркулярное сужение просвета позвоночных артерий. Перерыв проходимости передней спинальной артерии со смещением корешковых артерий.

ций (16) отмечалось смещение указанных артерий в направлении центральных и боковых участков спинного мозга. Корешковые артерии при этом оказались дислоцированными кверху или книзу.

У 9 трупов ангиографически определялось сдавление позвоночной артерии и ее ветвей в виде краевого дефекта заполнения. На спондилограммах у 2 из них констатированы подвывихи в атлантоосевом суставе, у одного — перелом тела II шейного позвонка и у 2 — дислокация кзади III шейного позвонка. У остальных 4 трупов костных изменений рентгенологически не обнаружено, гистологически выявлено кровоизлияние в толще стенки позвоночной артерии, в канале поперечных отростков и в эпидуральной клетчатке на уровне III—IV шейных позвонков, а также краевой тромбоз просвета позвоночной артерии.

Таким образом, вертебральная ангиография является объективным методом исследования; ее данные согласуются с результатами морфологических исследований. Она может способствовать ранней диагностике родовых спинальных повреждений, уточнять локализацию и характер травмы, что имеет значение при выборе метода лечения.

Поступила 24 ноября 1983 г.

УДК 615.216.24:618.5—085

ПРИМЕНЕНИЕ ОБЗИДАНА ДЛЯ УСИЛЕНИЯ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МАТКИ В ПЕРВОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ

Р. А. Осипов, Л. А. Еникеева, И. Д. Песина

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — проф. Н. Л. Капельюшник) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Несмотря на определенный успех в профилактике и лечении слабости родовой деятельности, эта проблема окончательно не разрешена. По-прежнему высокими остаются частота оперативного родоразрешения и перинатальная детская смертность, что требует продолжения поиска новых лечебных средств. И. В. Дуди и соавт. (1981) для лечения слабости родовой деятельности применили капельное внутривенное вве-

дение обзидана (анаприлина) и получили удовлетворительный эффект, особенно при излившихся водах.

Обзидан—специфический β -адреноблокатор, тормозящий передачу импульса в нервно-мышечном синансе. Снимаемая возбуждающий эффект с β -адренорецептора, он косвенно стимулирует сократительную деятельность матки. В то же время, урежая пульс и уменьшая ударный объем сердца, обзидан снижает АД [2]. Отсюда следует, что его применение особенно показано при сочетании слабости родовой деятельности с гипертензией у беременных.

Проникая через плаценту, обзидан может вызвать брадикардию у плода, что несколько ограничивает его применение в родах [3]. Для уменьшения этих нежелательных последствий мы использовали обзидан в таблетках. Первую дозу обзидана (10 мг) назначали сразу же после выявления слабости сократительной деятельности матки. В дальнейшем, по показаниям, каждые 30 мин дополнительно давали такую же дозу препарата до достижения регулярной родовой деятельности. После этого препарат отменяли. Общая максимальная суточная доза не превышала 60—80 мг.

Контроль за фармакологическим действием на мать и плод осуществлялся измерением АД, частоты пульса у матери и сердцебиения у плода. Сократительную способность матки оценивали методом наружной гистерографии (норма—5 схваток продолжительностью 40 с за 10 мин).

Лечение слабости родовой деятельности обзиданом проведено 42 роженицам, из них у 31 была первичная слабость, у 11—вторичная.

Плодный пузырь был цел у 16 женщин, отсутствовал у 26. Первобеременных (1-я группа) было 20, повторнобеременных, но первородящих (2-я)—13 и повторнородящих—9 (3-я группа).

У женщин 1-й группы слабость родовой деятельности была вызвана сахарным диабетом (2), ожирением I и II ст. (8), гипертонической болезнью (4), поздним токсикозом беременности (6). Общая продолжительность родов в этой группе не превышала 24 ч. В связи с неэффективностью обзидана 4 роженицам потребовалось назначение других родостимулирующих препаратов, в том числе капельное введение окситоцина. У одной из них четвертые роды были завершены наложением полостных акушерских щипцов и у 3—кесаревым сечением. У женщин этой группы родилось 20 доношенных детей. У 15 из них оценка по шкале Апгар при рождении составила 8—9 баллов и у 5—6—7 баллов. В послеродовом периоде осложнений не было. Величина кровопотери не превышала 0,5% массы тела.

Причинами слабости сократительной деятельности матки у рожениц 2-й группы были предшествующие аборт (8), бесплодие (2), трубная беременность (4), невынашивание беременности (2), синдром склерокистозных яичников (1). Поскольку лечение обзиданом оказалось неэффективным, 3 женщинам продолжена родостимуляция капельным внутривенным введением окситоцина. У одной из этих женщин во втором периоде родов применены акушерские щипцы. Ребенок погиб от родовой травмы. Остальные роды закончились благополучно. Новорожденные получили при рождении оценку по шкале Апгар 8 баллов. Послеродовый период протекал без осложнений. Кровопотеря не превышала 0,5% массы тела. Продолжительность родов составляла в среднем 18—24 ч.

У женщин 3-й группы слабость родовой деятельности была обусловлена предшествующими абортами (4), патологическими родами (3), поздним токсикозом беременных (2). Родостимуляция капельным введением окситоцина потребовалась 3 роженицам. Всего родилось 10 детей, один из двойни—мертворожденный. Остальным дана оценка по шкале Апгар 8 баллов. В связи с кровотечением в раннем послеродовом периоде 2 женщинам произведено ручное обследование стенок полости матки. Кровопотеря, не превышавшая 1% массы тела, была восполнена.

На основании приведенных наблюдений мы можем рекомендовать пероральное применение обзидана (анаприлина) для лечения слабости сократительной деятельности матки в первом периоде родов. Поскольку препарат обладает гипотензивным эффектом, его целесообразно назначать роженицам с гипертонической болезнью и поздним токсикозом беременных. Возможна комбинация обзидана с другими родостимулирующими препаратами разнонаправленного действия. При его использовании необходим контроль за АД, частотой пульса матери, частотой сердечных сокращений плода. Применение обзидана в первом периоде родов позволило снизить частоту маточных кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дудя И. В. и др. Акуш. и гин., 1981, 10.—2. Машковский М. Д. Лекарственные средства. М., Медицина, 1977.—3. Richter R., Gynäkologe, 1982, 15, 3.

Поступила 24 июля 1984 г.