

АКТИВНОСТЬ ГИСТАМИНАЗЫ У БОЛЬНЫХ ПОЗДНИМ ТОКСИКОЗОМ БЕРЕМЕННОСТИ

Л. Г. Сотникова

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. — проф. Х. Х. Мещеров) и ЦНИЛ (зав. — канд. биол. наук Н. П. Зеленкова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Исследована активность гистаминазы крови (химическим методом Розенталя и Табор в модификации, описанной Г. Н. Кассиль и В. Л. Вайсфельд) у 50 женщин в возрасте 18—46 лет, из них у 20 здоровых небеременных, 10 здоровых беременных со сроком в 32—40 недель и 20 больных поздним токсикозом беременности. Группа больных поздним токсикозом беременности включала 5 женщин с легкой формой нефропатии (АД до 130/90, отеки ног, белка в моче 0,033%), 3 со среднетяжелой (АД до 140/90, протеинурия до 1%, отеки ног) и 7 с тяжелой (АД свыше 150/100, отеки II—III ст. по Салганику, протеинурия в пределах 1,5—6,0%), а также 2 с преэклампсией и 3 с эклампсией. Учитывались наличие головных болей, рвоты, нарушения зрения, состояние глазного дна, длительность заболевания, эффективность проводимой терапии.

У здоровых небеременных женщин активность гистаминазы составляла в среднем $4,03 \pm 3,90$ мкг/мл/24 часа (индивидуальные колебания — от 0 до 12,89). По данным Г. Н. Кассиль и В. Л. Вайсфельд, активность гистаминазы у большинства находилась в пределах 1,4—7,0 мкг/мл/24 часа, у части равнялась нулю.

Во II половину беременности активность гистаминазы была повышенной, в среднем $15,51 \pm 8,12$ мкг/мл/24 часа (индивидуальные колебания от 9,8 до 18,8). Это увеличение во II половину беременности по сравнению с небеременными статистически достоверно ($P < 0,001$).

У больных поздним токсикозом беременности отмечалось уменьшение активности диаминооксидазы (среднее содержание $9,86 \pm 5,095$ мкг/мл/24 часа) в сравнении со здоровыми беременными. Эти данные статистически достоверны ($P < 0,05$).

Активность гистаминазы относительно мало изменилась у больных легкой формой нефропатии в сравнении со здоровыми беременными тех же сроков. Индивидуальные колебания в этой группе были от 9,8 до 18,2 мкг/мл/24 часа. У больных среднетяжелой формой нефропатии гистаминазная активность крови снижалась более отчетливо, колебалась от 7,1 до 14,7 мкг/мл/24 часа. Особо следует обратить внимание на больных поздним токсикозом беременности, у которых одним из клинических проявлений заболевания был кожный зуд. У них гистаминазная активность была более низкой, чем у больных с той же формой нефропатии. Так, у больной К. со средней формой нефропатии (АД 140/90, белка в моче 0,66%, незначительные отеки ног) активность гистаминазы составляла 4,9 мкг/мл/24 часа. Наиболее отчетливое угнетение активности гистаминазы (до 1,2—7,1 мкг/мл/24 часа) было обнаружено у больных тяжелой формой нефропатии с длительным, затяжным течением заболевания. При эклампсии активность гистаминазы крови уменьшается почти вдвое по сравнению с данными, полученными у тех же больных до приступа. Так, у больной Н., 23 лет, при АД 150/100, наличии отеков ног и живота, 1,5% белка в моче активность гистаминазы равнялась 10,0 мкг/мл/24 часа, после приступа эклампсических судорог она снизилась до 5,2 мкг/мл/24 часа. У больной К. до приступа эклампсии активность гистаминазы составляла 12,4 мкг/мл/24 часа, после приступа — 4,8 мкг/мл/24 часа. По-видимому, снижение гистаминазной активности крови связано с генезом эклампсических судорог. По данным Сванберга активность гистаминазы к VI месяцу беременности увеличивается примерно в 1000 раз. Маслински и соавт., исследовавшие гистаминазную активность у 50 женщин в различные сроки беременности, установили, что она начинает возрастать со II—III месяца беременности и достигает максимума к VI месяцу.

Увеличение гистаминазной активности во время беременности большинство авторов рассматривает как один из механизмов защиты организма от неблагоприятного действия гистамина. Нарушение этого защитного механизма может привести к увеличению содержания гистамина. И действительно, при эклампсии содержание гистамина увеличивается, в то время как при нормальном течении беременности он совершенно не определяется [6]. Экскреция же гистамина с мочой при эклампсии, напротив, резко уменьшается [3, 9 и др.].

Гистамин, по мнению Гоффмана и Поллака, играет определенную роль в патогенезе поздних токсикозов беременности. Авторам удалось получить модель преэклампсии у беременных крыс после введения гистамина с солевым раствором. У животных повышалось АД, появлялся белок в моче, обнаруживались значительные морфологические изменения в печени и почках. Клинические проявления преэклампсической токсемии, по мнению авторов, обусловлены увеличением содержания гистамина, который вызывает повышение проницаемости почечных капилляров и, следовательно, повыше-

ние АД и протеинурию. Применение антигистаминных препаратов (пирибензамина) дает хороший терапевтический эффект [5 и др.]. Возможно, благоприятное действие аминазина также является результатом антигистаминного действия этого препарата.

Таким образом, исследования выявили значительное увеличение активности гистаминазы у здоровых беременных и угнетение ее у больных поздним токсикозом, находящееся в зависимости от клинических проявлений заболевания. Наиболее правильное представление было получено при исследовании в динамике. Активность гистаминазы является практически важным показателем состояния больных, ценность выявленных изменений особенно значительна потому, что они тесно связаны с патогенезом поздних токсикозов беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Григорян М. С. В кн.: Научные труды ин-та физиологии АН Армянской ССР, Ереван, 1948, 1. — 2. Кассиль Г. Н., Байсфельд В. Л. Пат. физиол. и эксп. терапия, 1959, 3. — 3. Bjuro T., Lindberg S., Westling H. Acta obstet. gynec. scand., 1962, 40, 1052. — 4. Hoffman D. B., Pollack E. Am. J. Obstet. Gynec., 1963, 58, 1, 385. — 5. Hoffman D. B., Newark N. J. Ibid., 1949, 25, 2, 207. — 6. Kapeller-Adler R. Biochem. J., 1951, 48, 99. — 7. Maslinski C. a. o. Gynaecologia (Basel), 1964, 157, 1, 43. — 8. Rosental I. M., Tabor H. Pharmacol. exp. Therap., 1948, 92, 425. — 9. Rockenchaub A. J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp., 1963, 60, 398. — 10. Swanberg H. Acta physiol. scand., 1950, 23, 79, 7.

УДК 618.4—089.5—612.648

ВЛИЯНИЕ РОДООБЕЗБОЛИВАЮЩЕЙ СМЕСИ НА ПЛОД И НОВОРОЖДЕННОГО

А. М. Челидзе

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. — проф. З. А. Чиладзе) Тбилисского ГИДУВа

Психопрофилактическая подготовка беременных к родам не всегда дает желаемые результаты, и тогда ее приходится подкреплять фармацевтическими средствами.

После клинического испытания ряда предложенных методов и средств [1, 3, 6] мы нашли, что наиболее эффективной из них является смесь А. Г. Гусейнова. Однако и она не лишена недостатков: благодаря наличию больших доз аминазина (50 мг) она вызывает сон, что противоречит современным требованиям, предъявляемым родообезболивающим средствам; дает сравнительно высокий процент патологической кровопотери и слабости родовой деятельности [5, 9]. Чтобы устранить эти отрицательные свойства, мы внесли в смесь некоторые поправки: значительно уменьшили содержание аминазина, изъяснили димедрол, но зато добавили триоксазин и сульфамидные препараты (подробно изложено в других трудах). Таким образом наша методика обезбоживания родов заключается в следующем: при раскрытии шейки матки на 2 пальца и резко болезненных схватках, беспокойном поведении роженицы мы даем ей перорально 0,6 триоксазина и 1,0 стрептоцида (норсульфазола). Через 20 мин. внутримышечно в верхний наружный квадрант ягодицы вводим «коктейль» следующего состава: 2,5% раствора аминазина — 0,5 мл, 2% промедола — 2 мл, 0,1% атропин-сульфата — 1 мл, 5% витамина В₁ — 2 мл, 5% витамина «С» — 1 мл, 2% новокаина — 2 мл. Перечисленные препараты смешиваем друг с другом непосредственно перед введением.

В 1965—1966 гг. подобный метод обезбоживания был применен у 202 рожениц (96 первородящих и 106 повторнородящих). В большинстве случаев родам сопутствовали те или иные осложнения (токсикозы, преждевременные роды, крупный плод, ригидность шейки, преждевременное отхождение околоплодных вод и т. д.), которые, очевидно, и обуславливали чрезмерные боли в родах. У всех женщин получен хороший родообезболивающий и родоускоряющий эффект. Так, из 96 первородящих полный обезболивающий эффект достигнут у 81 (84,4%), выраженный — у 14 (14,5%), незначительный — у 1 (1,1%), из 106 повторнородящих соответственно у 82 (77,3%), 20 (19,3%) и 4 (3,4%). Средняя продолжительность родов у первородящих — 11 час. 50 мин., у повторнородящих — 8 час. 05 мин. Кровопотеря в среднем равнялась 164 мл (у первородящих 157 мл, у повторнородящих — 171 мл). Акушерские пособия и операции оказаны 15 (7,4%) родообезболенным роженицам, дополнительные осложнения после введения обезболивающей смеси отмечены у 12 (менее 6%).

Метод прямой электрокардиографии плода не выявил какого-либо влияния обезбоживания на ЭКГ.

Мы оценивали состояние новорожденного через 1 мин. после рождения по системе Апгар. При этом только у 4 новорожденных состояние оценивалось 6 баллами (удовлетворительное), у остальных же 198 — 7—10 баллами, причем в основном 9—10 баллами.