

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., Вайсфельд 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.

Общие показатели оценки новорожденных не только не хуже, чем у необезболенных рожениц, но даже лучше.

Электроэнцефалографические исследования новорожденных через 30 мин. после рождения и на 7—8-е сутки (20 детей) не выявили никаких патологических изменений.

Родообезболивающая смесь в том варианте, который мы предлагаем, обладая высоким родообезболивающим и родоускоряющим действием, не оказывает отрицательного влияния на плод и может быть рекомендована для массового обезболивания родов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анисимова М. И., Архангельская Н. В. Тр. Саратовского мед. ин-та, 1962, т. 40. — 2. Буджиашвили О. Н. Изменения ЭКГ плода в процессе родов и при некоторых акушерских патологиях. Автореф. канд. дисс., Тбилиси, 1964. — 3. Гусейнов А. Г. Азербайджанский мед. ж., 1962, 7; Там же, 1966, 8. — 4. Кинтрая П. Я. Изменения ЭКГ плода при операциях наложения акушерских щипцов и вакуум-экстрактора. Автореф. канд. дисс., Тбилиси, 1964. — 5. Николаев А. П. Очерки теории и практики обезболивания родов. Медгиз, М., 1959. — 6. Фой А. М., Левит Л. М. Акуш. и гинек., 1958, 12. — 7. Чачава К. В., Буджиашвили О. Н., Кинтрая П. Я. Сообщ. АН Грузинской ССР, 1964, 2. — 8. Чачава К. В. Прямая электрокардиография плода. Тбилиси, 1965. — 9. Струкова В. И. В сб.: Обезболивание родов. Медицина, М., 1964.

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 612 — 017.3 — 616.13 — 616.1

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ВАСКУЛИТ У ДЕТЕЙ

Н. А. Гафорова

Детское отделение Республиканской клинической больницы ТАССР (главрач — К. Л. Свечников) и кафедра госпитальной педиатрии (зав. — проф. А. Х. Хамидуллина) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

За период с 1953 по 1964 г. в отделении было 129 больных геморрагическим васкулитом. Учащение случаев отмечается с 1959 г. Из сельской местности поступило 92 больных (71,3%), из г. Казани и др. республик — 27 (28,7%). Мальчиков было 61 (47,3%), девочек — 68 (52,7%). В возрасте от 6 мес. до года было 3 ребенка (2,3%), от 1 до 3 лет — 8 (6,2%), от 3 до 7 лет — 39 (30,2%), от 7 до 12 лет — 55 (42,6%) и от 12 до 15 лет — 24 (18,7%).

В основном дети болели весной (49 детей; 38%) и зимой (33 ребенка; 25,6%).

Большинство детей (53,5%) поступило в первые 10 дней от начала заболевания. У 61,3% детей болезнь развилась после ангины, гайморита, скарлатины (у 26,5% из 61,3%), гриппа, катара верхних дыхательных путей, кори, инфекционного гепатита, пневмонии, оперативного вмешательства. У 3 больных возникновение болезни связывалось с пищевым и лекарственным отравлением, у 7 развитии симптомов геморрагического васкулита предшествовали различные травмы (ушиб ноги, удар по животу, падение с велосипеда, подъем тяжести). У 95 больных (73,6%) в анамнезе были указания на большое число перенесенных инфекционных заболеваний (от 2 до 6), из которых преобладали вирусная (корь, ветряная оспа, грипп, эпидемический паротит) и стрептококковая (скарлатина, частые ангины, гайморит, пиодермия) инфекции. 23,2% детей с геморрагическим васкулитом до этого болели экссудативным диатезом, ревматизмом, нефритом, туберкулезным бронхоаденитом и глистной инвазией.

У 73 больных (56,5%) были выявлены хронические очаги инфекции: хронический тонзиллит (31), отит и мастоидит (4), холецистит (5), туберкулез (6), глисты (18), кариес зубов (11).

Можно полагать, что бактериальные токсины вызвали изменение белков клеток, которые приобрели аутоаллергенные свойства и способствовали развитию геморрагического васкулита.

Диагностические ошибки при данном заболевании встречаются довольно часто. К нам больные были направлены со следующими ошибочными диагнозами: острый ревматизм (7), туберкулезный мезаденит (4), болезнь Верльгофа (4), глистная инвазия (3), дизентерия (2), сепсис (2), полиартрит (3), узловатая эритема (1), камни почек, энтероколит, лекарственная интоксикация, скорбут и др.