

вызывать сердечные аритмии, частота которых значительно возрастает при использовании в родах и послеродовом периоде сокращающих матку средств (питуитрина и окситоцина). У 7 рожениц мы отметили выраженные кратковременные нарушения сердечного ритма во время циклопропанового наркоза. У всех этих рожениц в родах применялся окситоцин. По нашему мнению, способность циклопропана вызывать сердечные аритмии ограничивает использование этого метода обезболивания у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Наряду с этим быстрое введение в наркоз, предельно быстрая элиминация наркотика из организма, возможность подачи высоких концентраций кислорода и отсутствие отрицательного влияния на сокращения послеродовой матки позволяют считать циклопропан весьма ценным методом анестезии в неотложных вмешательствах в III периоде родов.

Среди внутривенных наркотиков наибольшее применение нашел эпонтол (сомбревин). Виадрил из-за длительности введения в наркоз и барбитураты из-за длительного посленаркозного сна не оправдали себя. Основным достоинством эпонтола является быстрое (в течение нескольких секунд) введение в наркоз и столь же быстрое пробуждение после кратковременного сна (5—7 мин.). Сомбревин и эпонтол были применены нами у 130 рожениц при различных внутриматочных вмешательствах в III периоде родов. Как показали наши наблюдения, при этом виде обезболивания кровопотеря наименьшая, что в основном обусловлено быстрым введением в наркоз и отсутствием отрицательного влияния на сокращения послеродовой матки. В отличие от других наркотических веществ (эфир, фторотан), при использовании сомбревина в дозе 500 мг мы неоднократно отмечаем значительное усиление сократительной деятельности матки, особенно при задержке частей последа, что в ряде случаев даже затрудняло вхождение руки в матку. При обследовании полости матки в случаях гипотонического кровотечения на фоне наркоза сомбревином обращало на себя внимание хорошее сокращение матки после массажа ее и введения сокращающих матку средств. При выходе из наркоза у всех рожениц на протяжении 5—10 мин. наблюдается анальгезия, достаточная для того, чтобы безболезненно наложить швы на промежность.

У части рожениц нами была использована перидуральная анестезия. Мы прибегали к этому методу исключительно в тех случаях, когда в родах с целью обезболивания их применялась длительная перидуральная анестезия. При этом катетер в перидуральном пространстве находился и в III периоде родов, и при возникновении показаний к ручному обследованию полости матки введением в перидуральное пространство через катетер необходимой дозы анестетика (примерно 10—15 мл 2% раствора тримекаина) достигалась полноценная анестезия. Перидуральная блокада позволяет безболезненно и при сохраненном сознании роженицы производить оперативные вмешательства в III периоде родов. Небольшое число наблюдений не позволяет нам дать окончательную оценку этому методу обезболивания, но, как показывает наш опыт проведения более 600 родов в условиях длительной перидуральной анестезии, данный метод существенно не влияет на сократительную деятельность матки и не способствует увеличению кровопотери в послеродовом периоде.

На основании нашего опыта по применению различных видов обезболивания в III периоде родов у 485 женщин можно утверждать, что современная анестезиология позволяет подходить дифференцированно к выбору метода обезболивания, учитывая при этом показания к операции, специфику воздействия наркотических веществ на сократительную деятельность матки и величину кровопотери. Правильный выбор метода обезболивания позволит уменьшить число кровопотерь и частоту послеродовых осложнений, а также даст возможность предупредить массивные кровопотери и тяжелый геморагический шок.

УДК 618.39—616.94—612.017

О НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ПОСЛЕАБОРТНОЙ СЕПТИКОПИЕМИИ

Проф. А. М. Фой, В. И. Ткачукова

*Акушерско-гинекологическая клиника лечебного факультета (зав. — проф. А. М. Фой)
Саратовского медицинского института*

В предыдущих исследованиях сотрудников нашей клиники было установлено известное значение определения общей неспецифической сопротивляемости организма у женщин, переносящих септикопиемию различной этиологии, путем систематического контроля за степенью активности пропердиновой системы [8]. Уровень пропердина мы определяли гемолитическим методом Пиллермана, модифицированным В. И. Иоффе и сотр. [7] с заменой зимозана инулином. Пропердин выражали в условных единицах,

позволяющих улавливать даже небольшие сдвиги в степени активности пропердиновой системы организма. Обследованию подвергались лишь лица с послеабортной септициемией (после внебольничных выкидышей). Оказалось, что у 27 из 35 септических больных исходный уровень пропердина был снижен до $54 \pm 1,46$ ед. Между тем титр пропердина у здоровых женщин чадородного возраста, по данным Я. Ю. Малкова, равен $109,6 \pm 0,7$ усл. ед. Этот же показатель у здоровых беременных в I триместре беременности равен $86,6 \pm 2,4$ ед. Нам удалось установить, что резкое снижение уровня пропердина, выявленное у септических больных в первые дни заболевания, обычно свидетельствует об особой тяжести патологического процесса. Стабильность сниженного уровня пропердина, а также дальнейшее прогрессирующее его уменьшение оказались характерными для огромного большинства женщин, у которых, несмотря на все современные мероприятия борьбы с общим септическим процессом, заболевание отличалось длительностью течения, возникновением новых метастатических очагов, значительным характерным отрицательным воздействием патологического процесса на общее состояние больных и на картину крови. Эти данные позволяют считать, что определение уровня пропердина у септических больных, наряду с использованием иных показателей реактивности организма, имеет известное прогностическое значение. Характерно, что при сравнительно умеренном исходном снижении пропердинового теста больные септикопиемией успешно преодолевают многочисленные проявления микробной инвазии и интоксикации. Кроме того, было установлено, что обычно снижение уровня пропердина у септических больных протекает на фоне значительного снижения фагоцитарной активности лейкоцитов [4], и, следовательно, имеются основания судить о степени неспецифической резистентности организма в борьбе с патогенной микрофлорой путем определения уровня пропердина — белка, обладающего, как предполагают, антибактериальной активностью и способностью усиления действия специфических антител.

Наряду с установлением известного прогностического значения пропердинового теста при общих септических заболеваниях, возникших после внебольничных выкидышей, нами было обращено внимание на нередкокую стабильность сниженного уровня пропердина у преобладающего большинства больных, уже успешно справившихся с заболеванием. Практически восстановления пропердинового показателя до нормальных величин, характерных для здоровых женщин, мы никогда не наблюдали на протяжении ближайших дней и недель, истекших после констатированного выздоровления с учетом всех обычно используемых для этой цели клинических и лабораторных показателей.

Чтобы выяснить, какова продолжительность установленного сдвига в естественной реактивности организма после перенесенного общего септического процесса, нами было предпринято специальное обследование выздоровевших в ближайшие и отдаленные сроки. У части женщин в процессе сравнительно длительного наблюдения (до 8 лет) повторно, причем нередко неоднократно, определяли уровень пропердина крови. Оказалось, что лишь у 8 женщин со сниженным во время заболевания уровнем пропердина до $35-70$ ед. этот показатель повысился через 1—3 года до 80 ± 1 ед., у 18 же других он колебался в пределах $60-75$ ед. при обследовании на протяжении первого года после выздоровления и на уровне $70 \pm 1,76$ ед. при повторных обследованиях через 2—3 и даже через 5—8 лет.

Представляют особый интерес данные об уровне пропердина у отдельных больных. У Л. этот показатель в процессе септикопиемии колебался в пределах $30-50$ ед., в дальнейшем он никогда не повышался более 60 ед. У Б. при заболевании септикопиемией количество пропердина было в пределах $45-60-65-70$ ед.; через 5 лет уровень пропердина не превышал 60 ед. У В. в процессе заболевания установлены колебания уровня пропердина от 42 до 50—60 ед.; через год после выздоровления этот тест оказался равным 60 ед., через 3 года он повысился лишь до 70 ед.

Наши исследования показали, что помимо сравнительно медленной (в пределах 1—3 месяцев) ликвидации характерного недомогания и восстановления обычного для данной женщины функционального состояния важнейших органов и систем, в отдаленном будущем (через 6—12 месяцев после перенесенного заболевания) не удается констатировать повышенной подверженности женщин заболеваниям бактериальной или вирусной этиологии.

Если несовершенная пропердиновая система организма у ряда женщин в той или иной степени, наряду с другими отрицательными показателями естественного иммунитета, определяет собой возможность возникновения при создании оптимальных для этого условий общего септического заболевания, то обнаружение резкого снижения уровня пропердина крови в начале патологического процесса может быть расценено в качестве одного из проявлений «низкого уровня иммунитета» [2], который может явиться одним из этиологических факторов возникновения и тяжелого течения пuerперальной или послеабортной инфекции. Не исключена, конечно, и возможность быстрого понижения активности пропердина при повышенном требовании к его выработке для дальнейшего преодоления отрицательного влияния микробного фактора на организм, на состояние его ретикуло-эндотелиальной системы, на фагоцитирующие способности лейкоцитов и на другие факторы, определяющие собой понятие иммунобиологической вооруженности организма. Возможно и иное предположение: не возникает ли при прочих равных условиях общий септический процесс чаще у лиц с низким

уровнем иммунитета, одним из проявлений чего является установленное нами снижение активности пропердиновой системы? Это предположение полностью соответствует многочисленным высказываниям целого ряда специалистов: Л. И. Бубличенко (1946), А. В. Бартельса (1962) и др.

Если верны соображения Дресслера (1958) и Казини (1959) о сравнительной стабильности уровня пропердина у одного и того же лица в течение длительного времени, то предположения о повышенной склонности к общим септическим заболеваниям лиц с низкой исходной активностью пропердиновой системы заслуживают дальнейшего изучения. Вместе с тем вызывает интерес констатированный нами низкий пропердиновый тест у женщин спустя длительное время после полной ликвидации перенесенного септического заболевания. Каков механизм установленной закономерности? Идет ли речь о прижизненной физиологической стабильности у ряда лиц пропердиновой системы организма, или о некотором истощении факторов воспроизводства пропердина после перенесенного заболевания — сказать пока что невозможно. Конечно, не исключено и третье предположение: не являются ли соображения об уровне естественного иммунитета, определяемого по степени активности пропердина, ошибочными? Для решения этих вопросов необходимы дальнейшие исследования. Остается неясным, почему у огромного большинства акушерских и гинекологических больных (при воспалительных поражениях внутренних гениталий, эктопической беременности, предлежании плаценты и мн. др.) сниженный уровень пропердина быстро достигает нормальных пределов ко времени завершения патологического процесса или перехода его в хроническую стадию, а исходный низкий уровень пропердина при общих септических процессах остается стабильным на многие годы. Этот вопрос, как нам представляется, имеет немаловажное теоретическое и клиническое значение. Желательно привлечение к нему внимания и теоретиков, и клиницистов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бартельс А. В. БМЭ, 1962, том 26, стр. 113—117.— 2. Бубличенко Л. И. Послеродовая инфекция. Медгиз, М., 1946, том 1.— 3. Бубличенко Л. И., Хаскин С. Г. Многоотомное руководство по акушерству и гинекологии. Медицина, М., 1964, том III.— 4. Кирсанова В. Н., Ткачукова В. И. В кн.: Труды Саратовского мед. ин-та, 1968, том 58/75.— 5. Малков Я. Ю. Там же.— 6. Малков Я. Ю. и Фой А. М. Клиническое значение пропердиновой системы организма в акушерстве и гинекологии. Изд. Саратовского ун-та, 1971.— 7. Розенталь К. М., Савельвольф Г. Б. Бюлл. eksper. биол. и мед., 1959, 48, 11.— 8. Фой А. М., Малков Я. Ю., Ткачукова В. И. Акуш. и гинек., 1968, 6.— 9. Dressler O. Klin. Wschr., 1958, 36, 16, 779—780.— 10. Casini E. Aigiorn. pediatri., 1959, 10, 7, 473—476.

УДК 616.5—615.361—615.777/779

ОПЫТ КОМБИНИРОВАННОГО МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ КОРТИКОСТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ С ПРЕПАРАТАМИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО И РАССАСЫВАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ

Канд. мед. наук Г. В. Лебедева

*Кафедра кожных и венерических болезней (зав.— докт. мед. наук Г. Э. Шинский)
Ижевского медицинского института и Республиканский кожно-венерологический диспансер (главрач— В. П. Коненкова)*

В связи с рядом побочных действий стероидных гормонов и вызываемых ими осложнений наружное их применение нередко становится единственно возможным методом воздействия на кожный процесс у больных, отягощенных внутренней патологией (туберкулезом, язвой желудка, сахарным диабетом, выраженной гипертонией и т. д.), так как при использовании гормонов на ограниченных участках кожи отсутствуют симптомы резорбтивного действия. Не все стероиды при этом действуют одинаково, так кортизон и преднизон не активны при наружном применении. Если активность гидрокортизона принять за единицу, то для преднизолона она будет равна 2, для триамсинолона — 4, для дексаметазона — 10, для ацетонидтриамсинолона — 100.

При ряде дерматозов, в частности, когда микробный фактор имеет этиологическое или патогенетическое значение, с успехом применяются комбинации кортикостероидов с различными антибактериальными препаратами. Такое комбинирование особенно показано в детской практике, когда многие кожные процессы осложняются гнойничковой инфекцией.