

схватках внутривенно капельно вводим оксibuтират натрия (50—70 мг на кг веса). Для профилактики дыхательной недостаточности широко применяем вдыхание увлажненного кислорода. Родоусиление осуществляем иглорефлексотерапией.

Второй период родов проводим с внутривенным капельным введением «коктейля», в состав которого в зависимости от состояния больной включаем различные компоненты: 200—250 мл 5% раствора глюкозы, 0,3—0,5 мл 0,05% раствора строфантина, 50—100 мг кокарбоксилазы, 1—2 мл 5% раствора витамина В₆, 3 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты, при неблагоприятном акушерском анамнезе — 5 ед. окситоцина. Для укорочения второго периода родов и снижения тонического напряжения мышц нижнего отрезка родового канала мы практикуем пудендальную анестезию. При сложных пороках производим перинеоэпизиотомию. Благодаря этому средняя продолжительность II периода родов не превышала 10—15 мин. Оперативное укорочение периода изгнания предпринято у 24 рожениц (10,2%): у 17 наложены акушерские щипцы, у 7 произведена вакуумэкстракция плода. Несмотря на то, что в 1972 г. по сравнению с 1970 г. число больных было больше, число оперативных родоразрешений значительно уменьшилось. Введение «коктейля» продолжалось в III периоде родов и в раннем послеродовом периоде.

Средняя кровопотеря у первородящих составила 217 мл, у повторнородящих — 267 мл; число патологических кровопотерь снизилось с 8,6 (1970 г.) до 3% (1972 г.). Материнской летальности не было. Мертворождения были трижды: 2 в 1970 г. и 1 в 1971 г.

В послеродовом периоде мы в течение 2—3 недель продолжали противоревматическую и кардиальную терапию, большое внимание уделяли профилактике послеродовых инфекционных заболеваний.

Совершенствование методики ведения беременности и родов при заболеваниях сердца дало возможность сохранить беременность, снизить число оперативных родов с благоприятным исходом для матери и плода.

Поступила 11 марта 1974 г.

УДК 616.5—004.1

ЛЕЧЕНИЕ СКЛЕРОДЕРМИИ ДИМЕТИЛСУЛЬФОКСИДОМ

Доц. В. П. Сергеев, Р. З. Закиев

Кафедра дерматозенерологии (зав.— доц. В. П. Сергеев) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Диметилсульфоксид (ДМСО), открытый еще в 1867 г. казанским химиком А. М. Зайцевым, в последние годы привлек внимание многих отечественных и зарубежных ученых-медиков как возможный проводник других медикаментов через биологические барьеры.

Мы применяли ДМСО для лечения различных клинических форм склеродермии у 58 больных, в том числе бляшечной — у 40, линейной — у 4, линейно-бляшечной — у 6 и генерализованной — у 8. Женщин было 52, мужчин — 6.

У всех больных перед началом лечения ДМСО заболевание прогрессировало. При бляшечной форме склеродермии процесс был в стадии индурации у 28 больных, в индуративно-атрофической — у 12, при линейной и линейно-бляшечной формах — у всех пациентов в инфильтративно-атрофической стадии, нередко с поражением не только кожи, но и мышц, связочного аппарата и надкостницы, иногда с трофическими язвами, ограничением подвижности в суставах.

Генерализованная склеродермия только у 1 больной ограничилась более или менее поверхностным поражением кожного покрова. У остальных 7 больных отмечалась

отчетливая атрофия кожи, проявления болезни Рейно, склеродактилии, скованность в суставах кистей и стоп, сопровождающаяся различной степенью болезненности, дистрофические язвы на конечностях, особенно на кончиках пальцев, лизис костей концевых фаланг пальцев рук, иногда и ног, полное или частичное исчезновение ногтевых пластинок, резкое поредение либо полное выпадение пушковых, ресничных и даже длинных волос, поражения внутренних органов и другие изменения. В связи со стойкой потерей трудоспособности от склеродермии 4 больных являлись инвалидами II группы.

Противосклеродермическое лечение мы проводили одним только ДМСО. Препарат в концентрации от 30 до 90% (химически чистый ДМСО растворяли в дистиллированной воде) наносили на пораженную кожу 1—2 раза ежедневно в виде смазываний ватным тампоном (разовая доза 10—15 мл и более). Такое лечение осуществляли, как правило, длительно, от нескольких месяцев до 2 лет. Прекращали его при полном обратном развитии основного патологического процесса — лиловой окраски, индурации, пигментации.

Продолжительность лечения бляшечной склеродермии составила: у 22 больных до 6 мес. и у 18 — от 6 мес. до 1 года. После 1—2-месячного лечения исчезала лиловая окраска периферийной зоны пораженных участков, постепенно наступало размягчение и исчезновение индурации. Кожа либо приобретала обычный цвет, либо, особенно при наличии атрофии, становилась депигментированной, либо длительное время после окончания лечения сохраняла буроватую пигментацию, развившуюся в ходе смазываний ДМСО. С начала лечения ДМСО только у 2 больных наблюдалось прогрессирование склеродермического процесса, выразившееся в появлении новых очагов поражения, которое прекратилось после тонзиллэктомии. В результате при бляшечной склеродермии клиническое излечение наступило у 34 больных, значительное улучшение — у 6 (они продолжают лечение).

При линейной и линейно-бляшечной склеродермии длительность терапии ДМСО была большей: у 4 больных — до 6 мес. и у 6 — от 6 мес. до 2 лет. Регресс патологического процесса у больных этой группы, особенно в участках линейной склеродермии, наступал гораздо медленнее, чем при бляшечной форме заболевания, что связано, вероятно, с частым поражением у них не только кожи, но и мышц, надкостницы, связок. Несмотря на это, благодаря лечению полностью заживали дистрофические язвы, вскоре прекращалось прогрессирование процесса, затем исчезала лиловая окраска кожи периферийной зоны, уменьшалась и исчезала пигментация, медленно разрешалась с периферии к центру индурация деревянной плотности. Постепенно восстанавливается подвижность суставов. В итоге у 5 больных достигнуто клиническое излечение и у 5 — значительное улучшение (у них лечение продолжается).

Из больных генерализованной склеродермией только у 1 пациента с генерализованным поражением кожи без висцеральной патологии лечение продолжалось до 2 лет и закончилось полным клиническим излечением. Лишь кое-где остались еле заметные следы поверхностной атрофии кожи в виде депигментированных пятен. Остальные 7 принимают лечение лишь в течение нескольких месяцев. У них после 2—3-месячного лечения отмечается значительное улучшение (заживление всех язв, выраженное разрешение индурации, исчезновение болей в конечностях, уменьшение чувства стягивания, улучшение подвижности суставов, повсеместный рост волос и улучшение самочувствия). Осложнениями при лечении ДМСО следует считать потерю аппетита и тошноту у 2 больных, ангионевротический отек лица у 1.

Отдаленные исходы прослежены на протяжении до 5 лет у всех 40 пациентов, закончивших лечение. Рецидивов заболевания не наблюдалось.

Таким образом, полученные нами результаты лечения больных различными клиническими формами склеродермии диметилсульфоксидом свидетельствуют о высокой терапевтической эффективности этого препарата.

Поступила 29 апреля 1974 г.

УДК 616—072.5:616.145.4

ПУНКЦИЯ ПОДКЛЮЧНОЙ ВЕНЫ В РЕАНИМАЦИОННОМ ОТДЕЛЕНИИ

*В. П. Поляков, В. В. Смирницкий, Н. Н. Серафимович,
К. С. Скловская, А. Н. Суетин, Н. И. Чернышева*

*Клиника факультетской хирургии (зав.—проф. Г. Л. Ратнер) Куйбышевского
медицинского института им. Д. И. Ульянова*

В нашей клинике катетеризация подключичной вены применяется с 1969 г. За это время пункция была произведена у 412 больных (возраст — от 5 до 82 лет), находившихся на лечении в реанимационном отделении. С целью длительной инфузии лекарственных веществ катетеризация подключичной вены выполнена у 252 больных с желу-