

В. И. Еремкина, К. Р. Ибрагимова (Казань). Применение этанола и алупента для лечения невынашивания

Невынашивание и преждевременные роды представляют собой факторы высокого риска перинатальной патологии. В ходе поиска средств, позволяющих снизить процент невынашивания, мы наблюдали у 30 беременных за токолитическим эффектом сочетанного применения этанола и алупента. У 20 женщин лечение проводили после 30 нед беременности в акушерском стационаре и у 10—с 18 до 27 нед в гинекологическом. Причины прерывания беременности не идентифицировались.

Лечение начинали с внутривенного капельного введения 300 мл 10% раствора этанола сначала со скоростью 8—10 капель в 1 мин, а затем 20—25 капель в 1 мин. Через 1,5 ч после начала инфузии внутримышечно вводили 0,25 мг алупента (0,5 ампулы). Инфузию продолжали в течение 3,5—4 ч. Токолитический эффект оценивали по результатам токографии и кольпоцитологии.

Полный токолитический эффект наступал в основном через 1 ч от начала лечения, реже — через 2 ч и продолжался от 3 до 5 сут без применения дополнительных препаратов. Сердцебиение плода учащалось в среднем на 19 уд. в 1 мин, пульс беременной — на 18 уд. в 1 мин; артериальная гипотензия не отмечена ни у одной беременной. Тахикардия плода и матери возникала только после введения алупента и сохранялась в течение 1 ч. При использовании алупента побочные явления в виде сердцебиения, тошноты, головной боли наблюдались у 6 женщин, причем у 2 они были выражены настолько, что препарат был отменен, и в дальнейшем лечение по поводу угрозы прерывания беременности проводили по общепринятой методике в сочетании с курсами электроанальгезии.

Успех лечения зависел, как правило, от срока беременности и состояния шейки матки. Беременность была сохранена у 24 женщин с укороченной или сохраненной шейкой матки; у 2 беременных с открытием шейки матки и установившейся родовой деятельностью токолитического эффекта добиться не удалось. Курсы лечения (максимальное количество — 5) заканчивались после 36 нед беременности. 24 из 30 беременных родоразрешились после 36 нед; у 2 женщин новорожденные погибли (у одной в связи с натальной травмой; у другой произошла внутриутробная гибель плода на 40-й нед, беременная была выписана домой после сохраняющей терапии).

Известно, что введение β -миметиков за 48 ч до родов вызывает гипогликемию у новорожденного. При исследовании содержания глюкозы в крови новорожденных лишь у 1 из них наблюдалась в течение первых суток устойчивая гипогликемия, которая купировалась после введения глюкозы. Поскольку матери этого новорожденного в период беременности было проведено 5 курсов токолиза, нельзя исключить зависимость выраженной гипогликемии от применения алупента, несмотря на то, что после данного лечения прошло довольно много времени.

Таким образом, сочетанным применением 10% раствора этанола и 0,25 мг алупента удалось добиться выраженного синергического токолитического эффекта при угрозе прерывания беременности у большинства наблюдаемых женщин. Сочетанное использование препаратов позволило снизить их общепринятую дозировку в 2 раза, что привело, в свою очередь, к резкому уменьшению побочных влияний на мать и плод.

УДК 618.56—007.47

В. М. Гусакова, С. А. Ким (Казань). Острый самопроизвольный выворот матки в послеродовом периоде родов

Выворот матки является редким, но грозным осложнением послеродового и реже раннего послеродового периода. Материнская смертность при этой патологии достигает 30%. Самопроизвольный выворот матки относится к еще более редкой акушерской патологии. Мы наблюдали два случая острого самопроизвольного выворота матки в послеродовом периоде родов.

III, 25 лет, поступила в 1-ю акушерскую клинику Казанского ГИДУВа 3.01.82 г. в 6 ч с диагнозом: первые роды, срок 41—42 нед, начало первого периода, высокий разрыв плодного пузыря.

Менструации установились с 12 лет, половая жизнь — с 24 лет, беременность наступила сразу. Размеры таза нормальные. Беременность сопровождалась ранним токсикозом, болями в пояснице, анемией. Экстрагенитальных заболеваний не выявлено.

Продолжительность первого периода родов — 13 ч 45 мин, длительность безводного периода — 4 ч. Ввиду болезненных схваток однократно ввели 1 мл апрофена. Второй период родов осложнился слабостью потуг, что потребовало стимуляции внутривенным капельным введением окситоцина: в течение 50 мин введено 0,8 единиц. Продолжительность второго периода — 2 ч 15 мин. 3.01.82 г. в 19 ч родилась девочка с массой тела 3200 г, длиной 50 см; оценка по шкале Апгар — 8 баллов. Через 10 мин самостоятельно начал рождаться послед, плодовая поверхность его была обращена кнаружи, имела округлую форму (размер 25×25 см) с основанием, уходящим во влагалище. Дальнейшее рождение плаценты приостановилось. Роженица пожаловалась на резкую боль внизу живота, появилось наружное кровотечение. При пальпации

брюшной стенки над симфизом матки не обнаружено. Поставлен диагноз: острый самопроизвольный выворот матки. Под закисно-кислородным наркозом и внутривенным введением 2 мл 1% раствора промедола произведены ручное отделение плаценты и вправление матки. Плацента была прикреплена ко дну матки. Кровопотеря составила 1400 мл. Внутримышечно введен 1 мл метилэргометрина и начата трансфузия одногруппной крови и кровезаменителей. Кровотечение прекратилось.

Через 1 ч 20 мин повторился приступ резких болей внизу живота, отдающих в задний проход. Над симфизом при пальпации определено воронкообразное углубление, возобновилось кровотечение из половых путей. Поставлен диагноз — рецидив выворота матки. Состояние родильницы ухудшилось, появились симптомы геморрагического шока. Одновременно с инфузионно-трансфузионной терапией под закисно-кислородным наркозом повторно произведено вправление матки. Когда врач попытался извлечь свою руку из матки, ее дно вновь стало выворачиваться в полость. Во избежание рецидива выворота матки акушер был вынужден держать руку в полости матки в течение 20 мин. Одновременно проводился круговой массаж матки через брюшную стенку. Только убедившись в том, что дно матки не выпячивается в полость, врач извлек свою руку. В полость матки был введен метрейринтер емкостью 500 мл, влагалище туго затампонировано марлей. Кровопотеря достигла 1900 мл. Проводились массивная гемотрансфузия и инфузионная терапия с помощью кровезаменителей, бикарбонатов, белковых препаратов. Метрейринтер удален через 6 ч. В послеродовом периоде 4 раза выполнялась гемотрансфузия с одновременной антибактериальной и витаминотерапией.

Выписана на 16-й день в удовлетворительном состоянии с живым ребенком. Нб — 1,7 ммоль/л.

Окончательный диагноз: роды первые, срочные, вторичная слабость потуг, анемия беременной, раннее отхождение околоплодных вод, острый самопроизвольный выворот матки, кровотечение в послеродовом и раннем послеродовом периодах, постгеморрагический шок III степени, разрыв промежности II степени.

А., 24 лет, поступила 10.11.83 г. в 12 ч 10 мин в родильное отделение 4-й горбольницы г. Казани. Менструации — с 12 лет, через 30 дней по 4 дня, цикл установился сразу. Замужем с 20 лет. Беременность третья, роды первые. Первые две беременности завершились самопроизвольными ранними выкидышами. Наследственность не отягощена. Беременность протекала без осложнений.

Поступила в родильное отделение после отхождения околоплодных вод без родовой деятельности с диагнозом: беременность 38 нед., преждевременное отхождение околоплодных вод. Назначены глюкозо-гормонально-витаминно-кальциевый фон и вызывание родовой деятельности по методу Штейна—Курдиновского. Родовая деятельность началась в 18 ч того же дня. Продолжительность первого периода родов — 12 ч 30 мин, второго — 40 мин.

11.11.83 г. в 7 ч 10 мин родился живой мальчик с массой тела 3450 г, длиной 51 см. Через 15 мин после рождения плода самостоятельно родился послед с опуховидным образованием 18×15 см плотной консистенции, покрытым плодовыми оболочками, из оболочек выделилось 500 мл крови, кровотечение продолжалось.

Поставлен диагноз: родившийся субмукозный узел матки, к которому прикреплена плацента. Для остановки кровотечения наложена мощная лигатура на «ножку» опухоли и решено произвести надвлагалищную ампутацию матки. В 8 ч начата лапаротомия, одновременно гемотрансфузия, инфузионная и медикаментозная терапия геморрагического шока. После вскрытия брюшной полости установлен выворот матки. Проводимая терапия эффекта не дала, и в 9 ч 10 мин наступила смерть женщины. Выполненный объем операции — разрез брюшной стенки. Причина смерти: острая постгеморрагическая анемия, гиповолемический и травматический шок вследствие острого выворота матки.

Наши наблюдения свидетельствуют о необходимости своевременной диагностики выворота матки как важнейшего условия для успешного лечения этой патологии. Распознавать выворот матки несложно, если помнить о его возможности: при пальпации живота над симфизом тело матки отсутствует, а при двуручном исследовании на месте предполагаемого тела матки определяется воронкообразное углубление. При родившемся субмукозном узле тело матки будет находиться на своем месте.

УДК 576.851.232:576.8.095.38:576.8.093.1 (470.51)

Л. А. Зарифуллина, Б. Я. Усвятцов, П. С. Тимонов, Г. П. Трифонова, Р. Б. Гайнуллина, Р. М. Мирдафатихова, Г. Г. Татарникова (Устинов). Менингококковое носительство и серологический пейзаж менингококков

На менингококковое носительство в марте 1984 г. обследованы учащиеся четырех ПТУ и студенты медицинского института г. Устинова. Кроме уровня менингококкового носительства изучали серологический пейзаж циркулирующих штаммов, а также проводили апробацию метода выделения менингококка из носоглоточной слизи с использованием среды Игла для накопления.

Обследовано 854 человека, среди которых выявлено 123 (14,4%) носителя. При изучении штаммов установлено, что от носителей выделены штаммы менингококков