

вероятно, с тем, что роды происходили у этой больной в разгар болезни Боткина. В настоящее время находится в хорошем состоянии.

В двух других случаях течение болезни Боткина было более тяжелым, желтуха длилась в среднем 50 дней. Родоразрешение было нормальным. При длительном диспансерном наблюдении в течение 2—3 лет установлено клиническое выздоровление. В одном из последних случаев наблюдался рецидив болезни, вследствие несоблюдения больной в домашних условиях предписанного врачом режима и недостаточно длительного пребывания в стационаре (ввиду настойчивого требования больной о выписке домой).

Представляет значительный интерес случай благополучного исхода беременности и родов у больной с хронической дистрофией печени.

А., 26 лет, впервые заболела болезнью Боткина в 1951 г., в то время у нее была беременность сроком 8 недель. Лечилась стационарно, и ей, по медицинскому заключению, был сделан аборт. Желтуха затянулась, самочувствие было неважным; через 1 год состояние ухудшилось, усилилась желтуха, больная снова лечилась в стационаре, но желтушное окрашивание кожи и склер полностью не исчезало, печень оставалась увеличенной.

В январе 1954 г. больная повторно забеременела и обратилась в районную амбулаторию с 10-недельной беременностью. От прерывания беременности категорически отказалась. Была направлена в терапевтическое отделение Республиканской клинической больницы в период 22-недельной беременности.

При поступлении общее состояние больной удовлетворительное. Кожа и склеры глаз неинтенсивно желтушны. Сердце и легкие без патологии. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см, край ее острый, ровный, поверхность гладкая, консистенция плотно-эластическая. В моче у больной определялись следы белка, уробилиноген и билирубин, в осадке мочи — большое количество лейкоцитов (пиелит). Билирубин крови — 4,99 мг%. RW и реакция Кацони отрицательные. Ускоренная РОЭ. Диазореакция с сывороткой крови прямая, двухфазная. Протромбиновый индекс — 81%.

Под влиянием проводимой в больнице терапии состояние больной улучшилось: появился аппетит, улучшился сон, уменьшился кожный зуд. Протромбиновый индекс был в пределах 85—88%, билирубин крови находился на уровне 4,99—7,48 мг%. Печень не изменялась в размерах.

Роды прошли нормально. Перед родами получала 3 дня викасол по 30 мг. Кровопотеря небольшая. Ребенок родился здоровый, весом 2 200, околоплодные воды были окрашены в темный цвет желчными пигментами.

Состояние больной после родов несколько ухудшилось — печень увеличилась, была болезненной при пальпации. Усилился кожный зуд. Протромбиновый индекс составлял 68%. На 5-й день после родов состояние заметно улучшилось, протромбиновый индекс возрос до 85%. Через 2 недели — состояние удовлетворительное. Желтушность стала меньше, чем в период беременности, — билирубин крови равен 2,48 мг%. Выписалась домой с ребенком. Далее наблюдалась в течение трех месяцев; состояние не ухудшалось.

Наши наблюдения позволяют сделать следующие выводы:

1. У беременных наблюдается различное по тяжести течение болезни Боткина.

2. Течение и исход заболевания значительно зависят от своевременного, достаточно длительного лечения и режима.

3. Вопрос о прерывании беременности нужно ставить только в редких, наиболее тяжелых случаях болезни Боткина, опираясь на клинические данные и функциональные пробы печени.

Поступила 17 октября 1957 г.

ПРИМЕНЕНИЕ ФЕРМЕНТА ГИАЛУРОНИДАЗЫ В АКУШЕРСТВЕ

С. Б. КАЗДА

Из института охраны матери и ребенка (директор — лауреат
Ордена Республики проф. Й. Трапл) в Праге (Чехословакия)

Основные три стороны действия фермента гиалуронидазы (Г) определили его популярность в клинической медицине. Это — 1) спо-

способность понижать вязкость тканевых гелов, 2) повышение проницаемости в тканях, 3) муцинолиз.

Спектр клинического применения препаратов фермента Г. весьма широк. Применение ее в акушерстве возможно для следующих целей:

1. Применение с целью ускорения всасывания инфузий.
2. Усовершенствование местной анестезии.
3. Применение с целью понижения упругости тканей.
4. Использование для содействия акту оплодотворения.

1. Для ускорения всасывания инфузий Г. была предложена в 1940 г. Гехтер (О. Heschter) добился этим ускорения всасывания жидкостей, вводимых в виде подкожных инфузий и исчезновения болей от растяжения, которые обычно имеют место при подкожных вливаниях. Опухоль у новорожденных после введения 30 мл плазмы, исчезающая раньше в течение 6—24 часов, с прибавлением Г. исчезает в течение 60 мин.

Г. заметно ускоряет рассасывание отеков и гематом. Веберу с помощью Г., вводимой субдермально при перинеоррафии, удалось втрое уменьшить частоту отеков промежности и значительно снизить боли.

2. Прибавление Г. к анестезирующим растворам, используемым для местной анестезии, имеет своим следствием: а) моментальное наступление анестезии, причем нежелательное укорочение действия анестезирующего раствора устраняется прибавлением к раствору адреналина; б) увеличение зоны распространения анестезирующего вещества (это выгодно особенно при анестезии участков, трудно доступных для иглы, например, при производстве вагосимпатической шейной блокады и пр.; в) усиление действия анестезирующего раствора.

Но здесь следует учесть, что быстрое всасывание анестезирующего раствора может привести к возможности интоксикации при употреблении больших количеств анестетика или высокой его концентрации.

3. Бунка (Н. Bunka) в 1945 г. предложил Г. для предупреждения эпизиотомий и разрывов промежности в родах. Механизм действия Г. основан при этом на временном увеличении эластичности соединительнотканной основы промежности. Г. вводят непосредственно в ткани, подвергаемые наибольшему напряжению при прорезывании головки плода. По истечении латентного периода, который колеблется от 4 до 10 мин, промежность становится податливой, и поступающая головка раздвигает ткани, не нанося в большинстве случаев никакого повреждения. Результаты весьма обнадеживающие. Количество родов, проведенных с интактной промежностью, достигает 83%. Возможно применение Г. и для предупреждения травматизации гимена у девственниц.

Предположение, что Г. повышает растяжимость не только соединительной ткани, но и мускулатуры, легли в основу применения ее при расширении шейки матки. Валентин при перечислении показаний к применению Г. приводит еще следующие: ригидность зева, неполное раскрытие зева перед наложением щипцов, для облегчения инструментального расширения шейки матки при выскабливании и пр. Во всех этих случаях вводят Г. непосредственно в ткани шейки. Однако, не все отзывались об этой стороне использования Г. одинаково положительно.

4. Попытки лечить некоторые формы бесплодия Г-ой имеют в основе указанный факт, что Г. разжижает основную субстанцию венечной короны. С успехом применяется Г. при искусственном оплодотворении в животноводстве.

Что касается побочного действия Г., то ни один из авторов при применении ее препаратов какого-либо вредного эффекта не наблюдал.

Использование фермента Г. при защите промежности представляет в практическом смысле наиболее интересную сторону его применения в акушерстве. Стремление современного акушерства — создать условия, в которых роды оставались бы поистине физиологическим процессом, находит конкретное выражение в профилактике повреждений мягких родовых путей.

Исходя из этих соображений, мы начали применять Г. еще в акушерско-гинекологической клинике Харьковского медицинского института. Предварительные результаты отпечатаны в тезисах студенческой научной конференции ХМИ (4) и были также обобщены в докладе проф. И. И. Грищенко на X Всесоюзном съезде акушеров в Москве в 1957 г. (2).

Показаниями для применения препарата для нас служили: угроза

разрыва промежности в родах, ригидные ткани промежности или рубцы после старых разрывов, препятствующие прорезыванию головки.

С этой целью нами применена Г. в 60 случаях (сюда входит и продолжение работы в стенах Института охраны матери и ребенка в Праге). Первородящих было 56, повторнородящих 4. У последних на промежности имелись прочные рубцы.

В нашей работе мы применяли чехословацкий продажный препарат „гиалуроно-дазис-гиаза“ (Биогена). В начале работы мы в нескольких случаях применили препарат Московского научно-исследовательского института ортопедии и травматологии „Лидаз“. Препарат растворяем в 10—20 мл 0,5% раствора прокаина (новокаин). Раствор вводим так, чтобы инфильтрировались все наиболее напрягаемые ткани: кожа промежности, соединительнотканная основа промежности, особенно задней спайки, подслизистый слой гимена, ректально-влагалищная перегородка, область леваторов и бульбокавернозных мышц. При рубцах на промежности основное внимание при инфильтрации уделяется именно им.

Наилучший эффект нами получен при введении Г. в момент, когда головка плода начинает выпячивать промежность и все складки задней спайки сглаживаются, то есть приблизительно за 5—7 мин до рождения головки.

Из 60 проведенных описанным способом родов была сохранена целостность промежности в 47 случаях.

Разрывы I степени произошли в 4 случаях, II степени — в двух, и один разрыв был III степени. К эпизиотомии мы вынуждены были приступить в 6 случаях, большей частью из-за необходимости быстрого окончания родов ввиду резко замедленного сердцебиения плода.

При защите промежности с помощью фермента Г. необходимо учесть строение промежности. Высокая и ригидная промежность богата соединительной тканью. Она при своевременном введении Г. становится хорошо податливой и при постепенном движении головки образует канал достаточной емкости. При такой структуре промежности узкая половая щель способна хорошо растянуться и вульварное кольцо при этом увеличивается на 7—8 см. Низкие промежности, у которых расстояние между передним краем анального сфинктера и задней спайкой 4 см и меньше, ввиду недостающего тканевого резерва не являются удобным объектом для воздействия Г. К таким и относятся оба наших случая разрывов II степени, когда целостность промежности, инфильтрированной Г., сохранить не удалось. Вот почему Минк считает низкие промежности противопоказанием для применения Г. Мы к его мнению полностью присоединяемся.

При ведении второго периода с применением Г. особенно необходимо правильное сотрудничество роженицы. Быстрое уменьшение сопротивления со стороны тазового дна и исчезновение болезненного восприятия (новокаин!) в таких случаях ведут к значительно лучшему использованию потуг. Поэтому необходимо регулировать потужную деятельность так, чтобы ткани промежности имели достаточно времени для постепенного растяжения. В наших наблюдениях совершенно не дисциплинированная роженица произвела, несмотря на указания акушера, такое сильное давление, что внезапно после инфильтрации тканей произошел центральный разрыв промежности при весе плода 3670 г (наш случай разрыва III степени). Вот почему особенно успешно применение Г. у психопрофилактически подготовленных женщин.

В эксперименте доказано задерживающее влияние Г. на развитие соединительной ткани в рубце. В. А. Самаровой (5) удалось удлинить срок образования рубцовой ткани и уменьшить размеры соеди-

нительной ткани в рубце при помощи вводимой в заживающие ткани животных Г. (7).

Будучи знакомы с этими работами, мы проследили заживление разрывов, происшедших после применения Г., но не нашли разницы в образовании рубца ни по срокам, ни по качеству заживления, по сравнению с обычным. Во всех наших случаях зашитые раны промежуточной зажили первичным натяжением. Швы снимались на пятые сутки, и рубцы были во всех случаях полноценные, не отличающиеся от обычных. Осложнений мы ни в одном случае не наблюдали.

Таким образом, проведенные наблюдения позволяют заключить о том, что Г. является весьма надежным средством, содействующим сохранению интактной промежуточной в родах, и остается лишь рекомендовать более широкое ее применение в практике родовспоможения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гейман Е. Я. Успехи современной биологии, 1947, XXIII, 3.
2. Грищенко И. И. Тезисы X съезда акушеров, Москва, 1957, стр. 149.
3. Игнатова М. С. Педиатрия, № 1, 1957.
4. Казда С. Б. Тезисы научной конференции студентов, Харьков, 1957, стр. 70.
5. Самарова В. А. Тезисы докладов научной конференции Харьковского стоматологического института, 1957.
6. Степанян В. М., Перчикова Г. Е. Терапевтический архив, 1956, 5.
7. Уманский Э. Е., Самарова В. А. Доклады АН СССР, 1953, XXXVIII, 2, стр. 261.

Поступила 12 мая 1958 г.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛИСТЕРЕЛЛЕЗОМ В ТАССР

В. Я. ДАВЫДОВ

Из кафедры инфекционных болезней (зав. — доц. А. Е. Резник)
Казанского медицинского института и 1-й инфекционной больницы гор. Казани
(главврач — Д. П. Петров)

В медицинской литературе в последние годы большое внимание уделяется заболеваниям, которые раньше редко или совсем не описывались в пределах центральной полосы Советского Союза. К ним относятся листереллез, Ку-лихорадка и прочие. Указанные заболевания редко диагностируются, так как практические врачи недостаточно знакомы с клиникой этих инфекций и методами их диагностики.

Нередко врачи многих специальностей находятся в затруднительном положении при установлении диагноза заболеваний, сопровождающихся температурной реакцией и клиническими симптомами, которые не укладываются в картину общеизвестных инфекционных заболеваний. Тогда ставится диагноз: грипп, бронхопневмония, ангина, инфекционная эритема, серозный и даже туберкулезный менингит, без достаточных на то данных клиники и лабораторных исследований.

Целью данной работы является описание клинической картины случаев листереллеза, которые мы наблюдали с февраля 1956 г. До сих пор заболевания листереллезной этиологии у людей в ТАССР не описывались.

Из ветеринарной и медицинской литературы (П. М. Свинцов, П. П. Сахаров и Е. И. Гудкова, А. В. Черноусова, Н. Г. Путято и др.) известно, что листереллез — зоонозное заболевание, широко распространенное среди диких и домашних грызунов, кроликов, крупного и мелкого рогатого скота, свиней, птиц и даже насекомых. Заболевание вызывается микробом *Listeria* (*Listerella*, *Neurella*) *monocytogenes*, выде-