

ского вмешательства, через 2—3 мес после него возвратились к трудовой деятельности по специальности.

## ВЫВОДЫ

1. Методика алгоголизации гассерова узла и чувствительного корешка V нерва из височного доступа отличается высокой эффективностью и радикализмом.
2. Достигнутые результаты обусловлены, по-видимому, более полной блокадой периферической афферентации, вызванной деструкцией клеток ганглия тройничного нерва.
3. Алгоголизация гассерова узла и чувствительного корешка V нерва, выполняемая из височного доступа, может быть рекомендована для лечения невралгии тройничного нерва, не поддающейся методам консервативной терапии, включая способы пункционной деструкции.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Боголепов Н. К., Ерохина Л. Г. Журн. невропатол. и психиатр., 1969, 4, 487.—2. Карлов В. А., Савицкая О. Н., Вишнякова М. А. Невралгия тройничного нерва. М., Медицина, 1980.—3. Красняк О. В. В кн.: Комплексное лечение неврогенных болевых синдромов. Л., 1984.—4. Курбангалеев С. М. Радикальное хирургическое лечение невралгии тройничного нерва. Л., Медгиз, 1961.—5. Машенцев Н. Н., Журавлев В. П., Крупин Е. Н., Новиков Л. Я. В кн.: Комплексное лечение неврогенных болевых синдромов. Л., 1984.—6. Панченко Д. И. Заболевания нервных стволов. Киев, Здоров'я, 1966.—7. Савицкая О. Н. Сов. мед., 1974, 9, 21.—8. Япрынецев С. Ф. В кн.: Вопросы клинико-экспериментальной психиатрии и невропатологии Барнаул, 1974.—9. Jaeger R. J. Oral. Surg., 1958, 16, 3.—10. Keet P. C. S. Afr. med. J., 1982, 61, 4.

Поступила 26.11.85.

УДК 618.5—085

## ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБЗИДАНОМ

*Р. А. Осипов, Ф. А. Мифтахова, З. Т. Салаватуллина, Е. Р. Осипова,  
В. В. Трифонов*

*Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав.—проф. Н. Л. Капелюшник) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина и кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав.—проф. Б. Г. Садыков) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова*

Одной из самых актуальных проблем современного акушерства является слабость сократительной деятельности матки. Ее частота колеблется от 1,6 до 22,2%, составляя в среднем 10% [4]. При этой патологии значительно увеличивается количество оперативных вмешательств, резко повышается опасность возникновения гипоксии плода, гнойно-септических заболеваний у матери и новорожденного. Возрастает перинатальная смертность [7].

Среди многих механизмов регуляции слабости сократительной деятельности матки адренергическим механизмам принадлежит существенная роль. С учетом большой клинической значимости управления адренергической системой матки исследования двух последних десятилетий были направлены на создание препаратов, действующих избирательно на  $\beta_1$ - и  $\beta_2$ -адренорецепторы. Один из них — обзидан (анаприлин) — при блокировании  $\beta$ -адренорецепторов косвенным путем уменьшает слабость сократительной деятельности матки [1а, б, 2]. Наряду с усилением сократительной деятельности матки,  $\beta$ -адреноблокаторы оказывают положительное влияние на нормализацию АД при позднем токсикозе беременных. Однако ряд авторов [6, 7], ссылаясь на большое число противопоказаний, не рекомендуют их для широкой клинической практики. М. Д. Машковский [5] указывает, что основными противопоказаниями для назначения  $\beta$ -адреноблокаторов является синусная брадикардия, право- и левожелудочковая недостаточность, бронхиальная астма, бронхоспазм, сахарный диабет с кетоацидозом и нарушение периферического кровотока. При большинстве этих заболеваний противопоказана и беременность.

Мы приводим материалы клинических наблюдений за 111 женщинами, которые были лечены обзиданом.

Обзидан выпускается в виде 0,1% раствора по 5 мл или таблеток по 40 мг. Препарат быстро всасывается при приеме внутрь и относительно быстро выводится из организма. Пик концентрации в плазме наблюдается через 60—90 мин после его приема. При применении обзидана возможны побочные явления в виде тошноты, рвоты, диареи, брадикардии, общей слабости, головокружения.

Обзидан в больших дозах несколько снижает АД, замедляет частоту пульса матери, а также, проникая через плацентарный барьер, и частоту сердцебиения плода. Поэтому параллельно с оценкой сократительной деятельности матки необходим контроль за указанными параметрами. Случаев передозировки препарата мы не наблюдали, но при ее возникновении следует назначать  $\beta$ -адреномиметики (партусистен, алуцент или бриканил).

Оценку слабости сократительной деятельности матки производили по баллам [3]. Выраженность данной патологии в 2 балла и менее соответствовала гиподинамии матки и проявлялась первичной или вторичной слабостью родовой деятельности, в пределах 3—8 баллов была характерна для нормодинамии матки, 9—10 — для гипердинамии. Отсутствие нарастания суммы баллов в динамике родов или уменьшение этой величины расценивали как тенденцию к слабости сократительной деятельности матки. В затруднительных случаях слабость сократительной деятельности матки и частоту сердцебиений плода регистрировали с помощью биомонитора ВМТ 9141 (ГДР).

Для исключения диспропорции между размерами таза матери и подлежащей частью плода производили их замеры с помощью антропометрических методов, а при необходимости акушерским эхоскопом.

Амниоскопию делали по показаниям (переношенная и пролонгированная беременность, подозрение на высокий разрыв плодного пузыря или наличие плоского плодного пузыря и т. п.).

Для профилактики и лечения слабости сократительной деятельности матки обзидан был применен у 111 женщин. В возрасте до 20 лет было 3 первородящих, повторнородящих не было, 20—25 лет — соответственно 44 и 9, 26—30 — 16 и 15, 31—35 — 3 и 11, старше 35 лет — по 5 женщин. Всего первородящих — 71 роженица, повторнородящих — 40.

Срочные роды наблюдали у 87 женщин, преждевременные — у 3. Родовызывание в связи с перенашиванием беременности произведено 21 роженице.

В группу высокой степени риска по развитию слабости сократительной деятельности матки вошли 65 женщин, из них возрастных первородящих — 8; с ожирением I—II ст. — 12; с поздним токсикозом беременных — 17; анемией беременных — 9; с наличием крупного плода — 7; с отягощенным гинекологическим и акушерским анамнезом — 12. Тенденция к первичной слабости сократительной деятельности матки (отсутствие нарастания суммы баллов в динамике родов) в первые 6 ч отмечена у 25 рожениц.

До начала родостимуляции плодный пузырь был целым у 21 беременной, околоплодные воды отсутствовали — у 69; амниотомия выполнена 21 женщине. Головное предлежание было диагностировано у 106 рожениц, тазовое — у 5. С целью вызывания родов обзидан назначали 21 беременной, для профилактики слабости сократительной деятельности матки — 65 роженицам с высокой степенью риска ее развития, для родостимуляции при своевременно диагностированной слабости (не позднее 6 ч от ее начала) — 12 роженицам.

Обзидан давали внутрь по 10 мг с интервалом 30—45 мин до получения хорошей сократительной деятельности матки, затем препарат отменяли или назначали с большим интервалом. Общая доза не превышала 40—60 мг. Приему обзидана предшествовало создание (до «созревания» шейки матки) эстрогено-витамино-глюкозо-кальциевого фона (микрофоллин по 0,05 г 2 раза в день внутрь; 6 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты внутривенно с 20 мл 40% раствора глюкозы; 1 мл 6% раствора витамина В<sub>1</sub> внутримышечно; 10 мл 10% раствора хлористого кальция или 10% раствора глюконата кальция внутривенно).

При плановом вызывании родов в 6 ч утра вскрывали околоплодный пузырь. Через 60 мин после амниотомии давали внутрь 60 мл касторового масла, а еще через 1 ч делали очистительную клизму. Если через 2 ч после амниотомии (то есть в 8 ч утра) не развивалась регулярная родовая деятельность, начинали стимуляцию обзиданом по описанной выше методике.

Отсутствие эффекта от обзидана или наступление вторичной слабости сократительной деятельности матки служило показанием для родостимуляции путем внутривенного капельного введения окситоцина общепринятым методом.

Для профилактики и лечения слабости сократительной деятельности матки

**Продолжительность первого периода родов у перво- и повторнородящих женщин, леченных обзиданом**

Продолжительность периода родов, ч	Первородящие	Повторнородящие
4—6	2	9
6—12	36	16
12—18	15	2
20	1	—
Всего . . . . .	54	27

жине с преэклампсией наложены акушерские щипцы. Дети родились с оценкой по шкале Апгар в 6 и 7 баллов.

2 беременные родоразрешены путем абдоминального кесарева сечения. Показанием для операции явились возраст старше 35 лет и недостаточный эффект обзидана. Новорожденные получили оценку по шкале Апгар в 8 баллов. Матери и дети выписаны здоровыми.

Большой практический интерес для акушеров представляет вопрос о продолжительности родов, особенно 1-го периода. От его ведения зависит величина кровопотери, частота гнойно-септических заболеваний матери и плода, детского и материнского травматизма (табл.).

Как видно, у большинства первородящих продолжительность 1-го периода составляла 6—18 ч, у повторнородящих — 6—12 ч. Продолжительность 2-го периода до 30 мин была у 38 первородящих и у 23 повторнородящих, до 45 мин — соответственно у 16 и 4 рожениц.

Длительность последового периода у 81 роженицы равнялась 7—10 мин. Слушав патологической отслойки плаценты не было. 2 женщинам в связи с дефектом плаценты и начавшимся маточным кровотечением сделана ревизия стенок полости матки; вместе со сгустками крови удалены оставшиеся части последа.

У большинства женщин первая порция крови не превышала 100—200 мл (в среднем 135 мл), вторая — от 50 до 100 мл (в среднем 65 мл). Общая кровопотеря в среднем составила 200 мл. Кровопотеря меньше допустимой была у 17, допустимой — у 59; у 5 родильниц она превышала допустимую, но не более 0,7% от массы тела женщины.

Наблюдения показали, что обзидан является довольно эффективным средством, предупреждающим патологическую отслойку плаценты и гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде.

Учитывая, что обзидан проникает через плацентарный барьер, наряду с оценкой сократительной деятельности матки осуществляли постоянный контроль за частотой сердцебиения плода. Было выяснено, что в дозе 40—60 мг препарат не вызывал достоверных изменений частоты сердцебиения плода. Г. И. Герасимович и И. В. Дуда [1а, б], применив значительно большие дозы (120—150 мг), также не отмечали отрицательного влияния обзидана на плод и новорожденного.

У 111 женщин родились 111 детей. Оценка по шкале Апгар от 2 до 6 баллов дана 4 новорожденным, 7—10 баллов — 107. Через 5 мин все они имели оценку 7—10 баллов. Интранатальной и постнатальной смертности не было. Масса тела до 2000 г была у 2 новорожденных, от 2500 до 4000 г — у 102 и свыше 4000 г — у 7. Все дети выписаны здоровыми.

Применявшиеся дозы обзидана не оказывали значительного влияния на АД и частоту пульса здоровых рожениц. У женщин с поздним токсикозом беременных и гипертензией в родах отмечалось достоверное снижение систолического и в меньшей мере диастолического давления, а также одновременно некоторое урежение пульса. Наблюдения показали, что обзидан более эффективен при излившихся околоплодных водах и «зрелой» шейке матки.

обзидан назначали по указанной методике сразу же после создания эстрогено-витамино-глюкозо-кальциевого фона. Амниотомию производили по показаниям.

Родостимуляция только обзиданом была проведена у 81 роженицы, в сочетании с дробным последовательным назначением хинина и окситоцина по схеме Курдиновского—Штейна — у 19, роды которых протекали без осложнений. Только 7 женщинам для завершения родов потребовалось дополнительное капельное внутривенное введение окситоцина (5—10 ЕД в зависимости от массы тела). Одной из них с ожирением II ст. центральной генеза была произведена вакуум-экстракция плода, другой женщиной акушерские щипцы. Дети родились с оценкой

**ВЫВОДЫ**

1. Обзидан является эффективным средством как профилактики, так и лечения слабости родовой деятельности.

2. Обзидан способствует нормальному течению послеродового и раннего послеродового периода, что проявляется своевременным отделением последа и отсутствием патологического кровотечения.

3. Гипотензивный эффект обзидана у беременных с нормальным АД мало выражен. При гипертензии же, связанной с поздним токсикозом беременных, он проявляется отчетливо, что позволяет рекомендовать препарат в комплексном лечении токсикоза.

4. С учетом избирательности действия обзидана его можно комбинировать с другими родостимулирующими средствами.

5. В дозе 40—60 мг обзидан не оказывает вредного влияния на плод.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Герасимович Г. И., Дуда И. В. а) Акуш. и гин., 1984, 5, 39; б) Там же, 1984, 12, 27.—2. Дуда И. В., Герасимович Г. И., Балаклеевский А. И. Там же, 1981, 10, 32.—3. Караш Ю. М. Диагностика сократительной деятельности матки в родах. М., Медицина, 1982.—4. Колганова Р. И., Михайленко Е. Т., В кн.: Родовая деятельность и ее регуляция. М., 1973.—5. Машковский М. Д. Лекарственные средства. М., Медицина, 1984.—6. Старостина Т. А., Ельцова-Стрелкова В. М., Голощапова Н. В. Акуш. и гин., 1983, 3, 73.—7. Старостина Т. А., Размахнина Н. И. Там же, 1985, 4, 73.

Поступила 10.04.86.

УДК 618.12—002.1—085.33—031.84

## ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ САЛЬПИНГООФОРИТОВ ВНУТРИКОСТНЫМ ВВЕДЕНИЕМ АНТИБИОТИКОВ

*Е. В. Уткин*

*Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета (зав.—проф. В. А. Кулаевский) Башкирского медицинского института имени XV-летия ВЛКСМ*

Воспалительные заболевания внутренних половых органов по-прежнему являются одной из наиболее важных проблем гинекологии. Из них наиболее трудным для лечения процессом является пельвиоперитонит, который может служить причиной развития в дальнейшем таких осложнений, как гнойное расплавление придатков матки и разлитой перитонит. Особенно тяжелое течение пельвиоперитонита с образованием обширных спаечных изменений характерно для гнойного поражения придатков матки [1]. Опасность развития таких грозных осложнений, как разлитой перитонит, диктует необходимость быстрее купирования воспаления при помощи создания повышенных концентраций антибиотиков.

Эффективным методом достижения этой цели является внутрикостное введение антибиотиков в крыло подвздошной кости, применяемое наряду с внутримышечным и внутривенным введениями. Из внутрикостного депо введенный раствор перемещается в кровеносные сосуды париетальной брюшины и забрюшинных образований, а также в лимфатические сосуды и парааортальные лимфатические узлы [3]. Известно, что концентрация антибиотиков в лимфатической системе сохраняется длительно и на более высоком уровне по сравнению с концентрацией их в кровеносном русле, что обеспечивает пролонгированный эффект. Кроме того, при введении раствора с новокаином в губчатое вещество тазовой кости наряду с их общим эффектом имеет место ударное воздействие высоких доз антибиотика непосредственно на очаг воспаления, поскольку внутрикостные сосуды тесно связаны с внутритазовыми органами и околоорганами венами малого таза [2].

Комплексное противовоспалительное лечение с применением внутрикостного введения антибиотиков было проведено 20 больным в возрасте до 30 лет с острым воспалительными заболеваниями придатков матки. При поступлении у 9 женщин был диагностирован острый пельвиоперитонит, у 6 — острый метроэндометрит и двусторонний сальпингоофорит, у 2 — острый гнойный сальпингоофорит, у 2 — заднебоковой параметрит и у одной — разлитой перитонит. В первый день от начала заболевания поступили три женщины, в первые 5 дней — остальные 17.

При госпитализации все больные жаловались на резкие боли в животе, причем у 3 отмечалась разлитая боль по всему животу, у 4 она иррадиировала в зад-