

О ПРИМЕНЕНИИ ВИТАМИНА В₁ ДЛЯ УСИЛЕНИЯ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Асс. К. Ф. Залевская

Акушерско-гинекологическая клиника № 1 (зав. — проф. Н. Е. Сидоров) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

В акушерской практике мы, как и ряд авторов (Г. К. Бакшт, С. С. Зильберман, М. С. Цирульников, Р. Л. Шуб), отмечали, что применение витамина В₁ при родах с нормальной родовой деятельностью и при слабых сокращениях матки иногда активизирует родовые сокращения матки. Эти отдельные положительные наблюдения побудили нас произвести проверку усиливающего действия витамина В₁ на родовую деятельность.

Прежде всего, мы хотели подтвердить достоверность усиливающего действия витамина В₁ на маточные сокращения при неосложненных родах и, главное, при нормальной родовой деятельности. Во-вторых, выяснить действие тиаминна на маточные сокращения при первичной и, отчасти, вторичной слабости схваток. В-третьих, нам важно было установить, может ли витамин В₁ без каких-либо дополнительных средств вызвать и поддерживать нормальную родовую деятельность при почти или вполне доношенной беременности. Наконец, мы хотели путем сравнения с другими усиливающими схватки средствами выяснить, по возможности, механизм действия витамина В₁ на мышцу матки.

Нами было проведено 50 наблюдений у 50 рожениц, из них у 20 изучалось действие витамина В₁ на нормальные сокращения матки, у 12 — при слабости схваток, у 11 — наблюдения велись для выяснения возможности возбудить тиаминном родовые сокращения матки, и у 7 последних изучался механизм действия витамина. Наблюдения проводились с помощью внутренней гистерографии, по проф. М. С. Малиновскому.

Наблюдения начинались со середины периода раскрытия. Продолжительность наблюдения у каждой роженицы была различна. Максимальная длительность составляла 6 ч. 30 мин., минимальная — 1 ч. 35 мин. Первая доза витамина В₁ вводилась через 30 мин. после начала наблюдения. Вторая и третья дозы вводились с интервалом от 45 мин. до 1 ч. 50 мин. Для инъекций применялся 1—2% раствор тиамин-бромида. Средняя общая доза составляла 120—160 мг чистого препарата. Введение тиаминна ни разу не сопровождалось какими-либо осложнениями со стороны матери и плода.

Исследованиями о влиянии витамина В₁ на нормальную родовую деятельность мы установили улучшение родовых схваток по всем их основным показателям (одновременное улучшение силы схваток, увеличение их продолжительности и учащение). Чаще наблюдалось улучшение силы и частоты. Потужная деятельность также усиливается. Более или менее постоянный эффект мы получали при средней дозе тиаминна (150 мг). Наиболее эффективной является доза в 240 мг, введенная двумя инъекциями по 6 мл 2% раствора тиаминна с интервалом в 1 час.

Эффективность витамина В₁ при слабости родовой деятельности не всегда постоянна и не столь однообразна. Тем не менее мы все же можем сказать об общем благоприятном действии тиаминна на слабость схваток. Наиболее частым вариантом изменения родовой деятельности после применения витамина В₁ при слабости схваток, главным образом первичных, был следующий: схватки учащались, отмечалось некоторое снижение тонуса матки при схватках, небольшое увеличение продолжительности маточных сокращений, увеличение абсолютного и относитель-

ного давления схваток. Приведенный вариант характеризуется, следовательно, благоприятными сдвигами родовой деятельности при применении тиамин. При слабости родовой деятельности, сопровождающейся преждевременным отхождением вод, а равно и при других случаях раннего или преждевременного периода — весьма целесообразное мероприятие. Витамин В₁ при слабости родовой деятельности является хорошим подсобным средством, способствующим регуляции частоты маточных сокращений и усилению их абсолютной и относительной силы.

Наши наблюдения показали, что витамин В₁ в обычных дозах, примененный для возбуждения родовой деятельности при полном ее отсутствии, не в состоянии возбудить и установить нормальную родовую деятельность, обеспечивающую самостоятельное родоразрешение. Он более пригоден для улучшения уже имеющейся родовой деятельности как нормальной, так и ослабленной по каким-либо причинам.

Непосредственный анализ изучения действия тиамин на маточные сокращения показал нам, что действие тиамин на мышцу матки, его стимуляция сокращений матки проявляются путем нормализации процессов обмена веществ и функции вегетативной нервной системы. Его главное действие — стимуляция частоты маточных сокращений — объясняется, по-видимому, непосредственным участием тиамин в развитии нервных импульсов, регулирующих и устанавливающих ритм маточных сокращений. Для того, чтобы витамин В₁ мог оказать свое действие, нужен определенный срок для освоения его организмом и последующего проявления биокаталитических свойств.

Витамин В₁ не является таким специфическим средством для возбуждения сокращений матки, как, например, питуикрин Р. Улучшая углеводный обмен, способствуя более энергичному распаду пировиноградной и молочной кислот (А. А. Титаев), витамин В₁ стимулирует маточные сокращения. Увеличивая образование ацетилхолина, он создает условия для возбуждения и регуляции сокращений матки в родах. Витамин В₁, в противоположность питуикрину, не вызывает немедленного действия, безразлично, введен ли он внутривенно или внутримышечно. Внутривенное введение несколько ускоряет эффект, но не настолько, чтобы можно было говорить о немедленной стимуляции. Отсюда витамин В₁ целесообразно применять при появлении первых признаков ослабления схваток. Усиление родовой деятельности при этом идет физиологическим путем за счет улучшения обмена, мобилизации энергетических ресурсов, синтеза ацетилхолина. Его назначение целесообразно комбинировать с глюкозой. Полезно назначать его с профилактической целью у тех рожениц, у которых можно ожидать слабость схваток, например, у старых первородящих, при многоводии и многоплодии.

Питуикрин Р, как известно, обладает специфическим действием на мышцу матки, проявляющимся при внутривенном введении немедленным резким сокращением мускулатуры матки. Повторные дозы питуикрина менее эффективны, в то время как повторное введение витамина В₁ дает нарастающий эффект. Питуикрин при внутривенном введении сразу же сбивает ритм схваток, резко повышает тонус матки. Витамин В₁ не сбивает ритма схваток, не дает тетануса. Следует отметить, что витамин В₁ не в состоянии нацело заменить питуикрин и особенно там, где на коротких сроках необходимо закончить роды, остановить кровотечение. Сочетанное применение витамина В₁ и питуикрина не дает более значительного усиления действия по сравнению с действием каждого из указанных средств в отдельности.

Наши исследования позволяют рекомендовать витамин В₁ для усиления родовой деятельности в повседневной акушерской практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакшт Г. А. Сов. мед., 1946, 1. — 2. Зильберман С. С. Акуш. и гинек., 1949, 1. — 3. Малиновский М. С. Акуш. и гинек., 1946, 1. — 4. Рысс С. М. Сов. мед., 1948, 1. — 5. Титаев А. А. Биохимия, 1948, 13. — 6. Цирюльников М. С. В кн.: Рефер. научн.-исследоват. работ за 1946 г., АМН СССР, 1947, 2. — 7. Шуб Р. Л. Сб. тр. ЦИАГ, 1947, т. X. — 8. Он же. Витамины при беременности и лактации. Л., 1940.

Поступила 25 марта 1960 г.

К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Асс. Л. И. Завершинская

Кафедра акушерства и гинекологии (и. о. зав.— доц. Я. Е. Кривицкий)
Оренбургского медицинского института

Вульвовагиниты у девочек встречаются довольно часто и, по мнению большинства авторов, вызываются теми же возбудителями, что и у женщин, но могут наблюдаться и при скарлатине, дифтерии, тифах, дизентерии. На роль энтеробиоза и трихомонад в этиологии вульвовагинитов указывали А. Л. Кочурова и Л. Г. Соболев и др. Частота негонорейных вульвовагинитов, по разным авторам, различная (от 40—45% до 80%).

Разноречивость данных можно объяснить неодинаковыми методами обследования. Одни использовали все методы исследования, другие ограничивались только бактериоскопическим методом.

Гонококки в мазках могут симулировать грамнегативные палочки, грамнегативные стрептококки и стафилококки и даже коккобациллярные формы кишечной палочки. Методы провокации не всегда дают возможность расшифровать бактериоскопическую картину. Для дифференциальной диагностики между гонококковыми и негонококковыми вульвовагинитами необходимо производить посев выделений из уретры и вагины на специфические питательные среды (асцит-агар, пептон-агар).

Учитывая трудности и специфику исследования детей, во многих городах созданы специальные кабинеты детской гинекологии с хорошо оснащенными лабораториями. С 1958 г. мы организовали прием по детской гинекологии при центральной женской консультации.

Под нашим наблюдением находилось 72 6-ных вульвовагинитом. Из них от года до 3 лет — 14, от 4 до 7 лет — 47, от 8 до 11 лет — 9 и старше — 2 чел.

По нашим данным, вульвовагиниты чаще встречаются в возрасте от 4 до 7 лет.

В прошлом перенесли детские инфекционные заболевания 55 больных: корь — 34, коклюш — 6, скарлатину — 15, дифтерию — 2 чел.

Незадолго до заболевания вульвовагинитом вирусный грипп был у 12 больных.

Острый процесс наблюдался у 55 больных, хронический — у 17.

Всем больным до лечения проводились бактериоскопическое и бактериологическое исследования влагалищного секрета, посев на питательную среду и установление чувствительности к антибиотикам. При бактериоскопии влагалищных мазков кокковая флора обнаружена у 31, диплококковая — у 19, смешанная — у 15, палочковая — у 5, отсутствие флоры — у 2, трихомонады — у 1. Случаев гонорей не было.

У 28 6-ных с большим числом лейкоцитов в мазках проводилась двух- и трехкратная провокация с последующей бактериоскопией мазков. Во всех случаях гонококк не был обнаружен, а количество лейкоцитов уменьшалось. В 14 случаях, кроме девочек, обследовались матери и няни.

У 4 выявлен трихомониаз. 58 человек обследовано на энтеробиоз, острицы — у 12. Все подвергнуты дегельминтизации по схеме.

Бактериологическому исследованию подвергнуто 22 чел. У 8 выращен стафилококк, у 6 — диплококк, чувствительный к левомицину, у 4 — грамположительная палочка, у 1 — стрептобацилла, и у 3 роста не было.

Лечение было местным и общим. 47 больным проводились обмывания наружных половых органов и влагалищные души марганцовокислым калием 1:7000 или фурацилином 1:5000.

6 больным 1 раз в день через детский катетер вводилось во влагалище по 100 000 пенициллина и 250 000 стрептомицина. 15 больным проведено специфическое лечение (пенициллин на курс лечения 1 200 000 и синтомицин из расчета 0,02 на кг веса ребенка). 3 больным, кроме местного лечения, был назначен синтомицин и 4 — стрептоцид.