

первоначально вводимых игл. Поэтому мы начинаем лечение введением не более двух игл.

В заключение необходимо указать, что при иглоукалывании улучшение или полное исчезновение патологических изменений на кожных покровах, как правило, сопровождается улучшением сна и аппетита, повышением тонуса организма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беренбейн Б. А. Вест. венерол. и дермат., 1960, 2.—2. Гращенко Н. И., Кассиль Г. Н. и др. Журн. невропат. и псих., 1959, 10.—3. Ефименко В. Л. Там же.—4. Русецкий И. И. Журн. невропат. и псих., 1959, 10; Казанский мед. журн., 1959, 2.—5. Чжу Лянь. Руководство по современной чжень-цзю-терапии. ,

Поступила 3 марта 1960 г.

ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ГИПОТЕНЗИВНОГО ДЕЙСТВИЯ ПРИ ПОЗДНИХ ТОКСИКОЗАХ БЕРЕМЕННОСТИ

Проф. А. М. Фой

(Саратов)

Проблема борьбы с поздним токсикозом беременности все еще продолжает оставаться одной из наиболее актуальных.

Не считая применение при позднем токсикозе новейших средств гипотензивного действия мерой патогенетической терапии, мы, на наш взгляд, не должны отказываться от их использования в качестве дополнительного лечебного приема.

Уменьшение гипертензии, обусловленной нефропатией, хотя бы на протяжении 10—12 ч. в сутки, что сравнительно легко обеспечивается целым рядом лекарственных средств, допускающих возможность сравнительно длительного их использования, приводит к улучшению общего состояния больных, снижает интенсивность головных болей и нередко дает возможность довести беременность до благополучного естественного конца. На такой точке зрения стоят в настоящее время И. П. Парфенов, Beck, Dumitrescu, Desmond, Rogers, Lindley a. Moyer, Duffy, Bond, Rappaport-Goldfarb, Pascu и многие другие.

За последние годы мы, придерживаясь этих позиций, широко использовали на фоне тщательного лечебно-охранительного режима, терапии сном и лечения MgSO₄ при обслуживании лиц, переносящих поздний токсикоз, такие средства гипотензивного действия, как резерпин (у 44 больных), гексоний (у 56), апрессин (у 50). Надо признать, что эти средства сравнительно редко не оказывают гипотензивного действия, однако оно почти всегда ограничивается не более чем 3—4 ч. положительного эффекта, что требует 2—3-кратного ежедневного применения. Наибольшей гипотензивной активностью отличаются гексоний и апрессин, быстро снижающие в среднем на 4—4,5 ч. АД на 10—20 мм (М. И. Анисимова, В. Н. Кирсанова). Апрессин нами назначался по 10—20 мг 3—4 раза в день перорально в течение 7—8 и даже 10 дней, а резерпин — по 0,1 2—3 раза в день на протяжении 5—10 и иногда даже 15 дней. Никаких отрицательных влияний на беременных, рожениц и новорожденных при подобной терапии мы не замечали, хотя в литературе приводятся данные о возможности появления у страдающих гипертонической болезнью олигурии под влиянием апрессина и сонливости под влиянием резерпина (С. К. Киселева, Г. Г. Лебедев и др.). Вероятно, эти осложнения связаны с большей длительностью применения этих

лекарственных средств, по сравнению с предусмотренной при лечении позднего токсикоза беременности.

У отдельных больных тяжелой и упорной формой нефропатии и преэклампсии (у 11 чел.) мы с большим успехом, в развитие исследований Л. С. Персианинова, использовали для достижения спазмолитических влияний на сосудистую систему и для пролонгирования сна сочетание промедола (2 мл 2% раствора) с аминазином или с новым советским производным фенотиазина — пропазином (1 мл 2,5% раствора), вводившихся парентерально. Эффективно это сочетание и для устранения экламптических судорог (9 наблюдений).

Такая терапия привела к благополучному исходу беременности для 145 матерей. Только 5 женщин были родоразрешены путем кесарского сечения из-за неэффективности проводившейся терапии. Процент преждевременных родов равнялся 20. Мертворождений мы имели 4%. Достигнутые результаты могут быть оценены положительно, если учесть, что роженицы, за малым исключением, страдали тяжелыми формами позднего токсикоза, 18 больных из 150 поступили с явными проявлениями преэклампсии. Применявшиеся нами гипотензивные средства среди прочих терапевтических мер нередко позволяли несколько пролонгировать консервативное ведение беременности в интересах плода для достижения им состояния доношенности или несколько большей зрелости и для предупреждения ранней детской смертности, которая при этом виде акушерской патологии снизилась у нас за последние годы с 7 до 4,3%. Мы считаем, что улучшение этого показателя отчасти является следствием использования гипотензивных средств.

Еще большего внимания заслуживает применение новых средств гипотензивного действия в родах, когда использование $MgSO_4$ может привести к ослаблению родовой деятельности. Применение таких препаратов, как изоверин (изоамил-кадаверин) или диколин (производное пипеколиновой кислоты), обладающих гипотензивным и родостимулирующим влиянием, позволяет выиграть несколько часов, на протяжении которых снижается на 20—30 мм непомерно возросшее АД, а продвижение в полость таза предлежащей головки ускоряет возможность успешного завершения родов с помощью наложения акушерских щипцов. Изоверин (2,5% по 1 мл подкожно) был применен нами у 111 рожениц, страдавших нефропатией, преэклампсией и эклампсией, диколин (1% по 1 мл подкожно, нередко повторно через час) — у 129. По данным наших сотрудников Г. А. Рейхель и В. И. Ткачуковой, длительность гипотензивного действия этих средств в среднем колеблется: изоверина — от 1,5 до 2—3 ч., а диколина — от 2 до 4—5 ч. Положительное значение этого свойства изоверина и диколина позволяет рекомендовать их для широкого применения. По сборным данным М. И. Анисимовой, сочетание магнезиальной терапии со средствами гипотензивного действия позволило клинике за последние 2 года снизить мертворождаемость с 6—7% в разные годы при позднем токсикозе — до 3,6%, а раннюю детскую смертность — до 4,3%. Несмотря на достигнутое нами улучшение всех основных показателей при ведении беременности и родов, осложненных поздним токсикозом, мы отчетливо представляем себе, что в настоящее время раннее выявление больных нефропатией беременности, ранняя их госпитализация и проведение хорошо разработанных положений профилактической терапии, в том числе и с помощью $MgSO_4$, по-прежнему являются незыблевой основой дальнейших успехов борьбы с поздним токсикозом беременности.

Рекомендуемые же гипотензивные средства мы рассматриваем как меру рациональной дополнительной терапии, несколько обогащающей возможности врача при ведении беременности, осложненной упорными формами нефропатии, преэклампсии и эклампсии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Персианинов Л. С. Акуш. и гинек., 1957, 5.—2. Фой А. М. Тр. Саратовского мед. ин-та, т. XXXII (49), 1961.—3. Duff I. G., Bond D. L., Rogers I. F. Obst. a. gynec., 1959, 14, 3.—4. Dumitrescu G., Rapaport-Goldsfarb S., Pascu H. Obst. si gynecol., 1957, 5.—5. Rogers S. F., Lindley J. E., Moyeg I. H., Desmon M. Obstetr. a. gynec., 1957, 10.

Поступила 4 июля 1961 г.

ПРИМЕНЕНИЕ АРМИНА ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Е. А. Беляева и А. Л. Чайковская

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.—проф. И. И. Яковлев)
1-го Ленинградского медицинского института им. И. П. Павлова

Изыскание эффективных средств, направленных на борьбу со слабостью родовой деятельности, является важной проблемой.

Частота этой формы акушерской патологии колеблется от 1,6% (А. М. Оленева) до 9,1% (В. А. Пермская и М. С. Франгурова).

Синтезированный в 1950 г. И. А. Разумовым (Казань) армин в 1955 г. был предложен М. А. Алуф в качестве родостимулирующего средства.

Л. В. Чугунова в своих работах (1957, 1958, 1959) показала, что армин несомненно усиливает родовую деятельность.

Армин был применен с целью родостимуляции 38 роженицам и с целью родовозбуждения — 14 беременным.

Мы вводили 0,01% армин по 1 мл подкожно после контрольного вагинального исследования и наружной многоканальной гистерографии. В случае отсутствия эффекта через 4 ч. препарат вводился повторно в той же дозировке.

У рожениц несвоевременное отхождение вод наблюдалось у 28, плодный пузырь оставался целым у 10.

Рожениц, получавших армин, мы условно разделили на 3 группы.

I группа. 15 первородящих и 5 повторородящих, у которых после введения армина наблюдался несомненный родостимулирующий эффект. Среди этой группы у 12 женщин было несвоевременное отхождение околоплодных вод (у 10 — раннее, у 2 — преждевременное), у 8 плодный пузырь оставался целым; первичная слабость родовой деятельности отмечалась у 14, вторичная — у 6.

Продолжительность родового акта до применения армина в среднем равнялась 8 ч. (от 4 ч. 30 мин до 27 ч.), после применения армина — 4 ч. (от 3 ч. 30 мин до 7 ч.). Повторное введение препарата производилось 12 женщинам. Длительность безводного периода к моменту применения армина в среднем достигала 10 ч.

У женщин этой группы через 30—40 мин после введения армина мы наблюдали усиление родовой деятельности и прогрессирование процесса раскрытия маточного зева.

Приводим характерное наблюдение.

Роженица С., 26 лет, поступила по поводу регулярной родовой деятельности, начавшейся 17/II-61 г. в 2 часа. Воды не отходили. В соматическом отношении здорова. Настоящие роды — вторые. В анамнезе одни срочные роды в 1959 г. (плод погиб до начала родовой деятельности — причину его гибели не знает).

Влагалище рожавшей, раскрытие зева — 1,5 пальца. Плодный пузырь цел. Головка прижата ко входу в таз. Мыс не достигается.

За 6 ч. наблюдения выявилось, что родовая деятельность носит вялый характер; схватки через 6 мин продолжительностью 15—20 сек.

В 13 ч. 40 мин произведена наружная многоканальная гистерография (рис. 1).