

Таким образом, на основании наших материалов, мы можем заключить, что операция кесарева сечения наносит значительный ущерб здоровью женщины, но не нарушает физическое и нервно-психическое развитие ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пальмов А. Ф. Акуш. и жен. бол., 1926. — 2. Полонский Я. Н. и Ильина Н. В. Акуш. и гинек., 1956, 4. — 3. Döderlein G. Münch. med. Wschr., 1953, Bd. 95. — 4. Müller F. Med. klin., 1952, Bd. 47.

Поступила 23 июня 1959 г.

ВЛИЯНИЕ АМИНАЗИНА НА РОДОВУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРИ ПОЗДНИХ ТОКСИКОЗАХ БЕРЕМЕННОСТИ

Асс. В. М. Орловский

Из 2-й клиники акушерства и гинекологии (зав. — проф. И. В. Данилов) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Аминазин за последние годы стал довольно широко и со значительным терапевтическим эффектом применяться при лечении поздних токсикозов беременности.

При нормальных родах аминазин не оказывает существенного влияния на родовую деятельность, о чем свидетельствуют многочисленные данные иностранных авторов [2, 6, 7 и др.], применявших его для обезболивания родов. О влиянии аминазина на родовую деятельность при поздних токсикозах беременности имеются противоречивые наблюдения. Большинство авторов [1, 3, 6 и др.] указывает, что аминазин существенно не влияет на течение родовой деятельности, однако опубликованы и противоположные мнения.

Разноречивые данные о влиянии аминазина на течение родовой деятельности у больных с поздним токсикозом беременности и недостаточное освещение этого вопроса в литературе послужили основанием для опубликования наших наблюдений¹.

Нами проведено наблюдение за родовой деятельностью у 33 рожениц с различным по тяжести поздним токсикозом беременности. У большинства из них родовая деятельность записывалась токографом Лоранда. Аминазин вводился по 25—50 мг, преимущественно внутривенно, в 20—40 мл 40% раствора глюкозы однократно и в зависимости от тяжести токсикоза — повторно.

Все роженицы распределены на 3 группы.

Первая группа, где лечение проводилось только аминазином, включает 23 роженицы. Из 6 рожениц этой группы, которым аминазин вводился внутримышечно в периоде раскрытия, только у одной произошло ослабление родовой деятельности в 1-м периоде родов, после предоставления роженице отдыха эфиром развилась хорошая родовая деятельность. Из 10 рожениц, получивших аминазин внутривенно в 1-м периоде родов, у половины наблюдалась различная по тяжести слабость родовой деятельности. Двум роженицам из 10 аминазин применялся при уже имеющейся слабости родовой деятельности (в одном случае — первичной, в другом — вторичной). У одной из них в родах была преэклампсия, в связи с чем было сделано кровопускание. Ввиду повтор-

¹ См. «Казанский медицинский журнал», 1959 г., № 4.

ного появления преэклампсии (роженница потеряла зрение — ощущала только свет), был применен аминазин (внутривенно 50 мг), который ослабил схватки; потребовалось назначение стимуляции армином; с появлением интенсивных схваток через 4 ч. 40 мин после введения аминазина у роженицы был припадок эклампсии (стертая форма). Повторное введение аминазина вызвало новое ослабление схваток. У второй, пожилого возраста первородящей, вызывались роды (дважды — стимуляция) по поводу тяжелой формы позднего токсикоза беременности; в родах происходило кровопускание, развилась упорная первичная слабость родовой деятельности, наложены кожно-головные щипцы по Иванову. В этом случае аминазин через 2 ч. 30 мин вызвал ослабление схваток, по поводу чего назначена стимуляция родовой деятельности хинином. В дальнейшем предоставленный эфиром отдых полностью прекратил родовую деятельность; роды закончены наложением атипичных акушерских щипцов. У третьей роженицы с узким тазом, у которой аминазин, введенный при полном открытии, способствовал слабости схваток и потуг, назначена стимуляция родовой деятельности; роды произошли через 11 час. после введения аминазина.

Большой интерес представляет применение аминазина у первородящей с двойнями при гипертонической форме аномалии родовой деятельности. Роды до введения аминазина длились 25 час., головка была подвижная над входом в малый таз, при внутреннем исследовании: шейка сглажена, открытие — 3 поперечных пальца, плодный пузырь цел. Аминазин вызвал глубокий сон, снял полностью неправильные схватки на 6 ч. 35 мин, после чего появилась регулярная родовая деятельность, и рождение первого плода произошло через 3 ч. 45 мин.

У одной роженицы с преждевременными родами внутривенное введение 50 мг аминазина в начале первого периода ослабило через 9 час. схватки, а еще через 2 часа полностью сняло родовую деятельность на 3 суток 18 ч. с последующими нормальными родами.

Внутривенное введение 25—50 мг аминазина во 2-м периоде не вызвало слабости потуг ни в одном из 9 наблюдений.

Во второй группе аминазин применялся после магнезиальной терапии, из-за ее неэффективности, у 6 рожениц. Из них у 2 после введения аминазина не наблюдалось изменений со стороны родовой деятельности. У одной возникло ослабление родовой деятельности на 4 ч. 30 мин с возобновлением хороших схваток. У остальных 3 в одном наблюдении через 25 мин после введения аминазина схватки прекратились на 1 ч. 30 мин, а затем были слабыми. У второй роженицы аминазин вызвал глубокий сон, резкое снижение АД и полное прекращение схваток на 3 ч. 30 мин; несмотря на наложение кожно-головных щипцов по Иванову и стимуляцию развившейся вторичной слабости родовой деятельности, головка плода не продвигалась; роды закончены наложением атипичных акушерских щипцов. У третьей роженицы повторное введение аминазина в начале первого периода вызвало глубокий сон и почти полностью прекратило схватки на 28 час., после чего появилась нормальная родовая деятельность.

В третью группу вошли 4 роженицы, у которых после введения аминазина применялась магнезиальная или другая терапия по различным причинам. В первом наблюдении осложнений после введения аминазина не было; в двух случаях наблюдалось незначительное урежение схваток и потуг; у одной аминазин, введенный в вечернее время, ослабил схватки на 6—7 час. (роженница спала), затем развилась хорошая родовая деятельность.

Наш небольшой опыт показал, что аминазин вызывал различную по степени слабость родовой деятельности в одной трети случаев (в 11 из 33). Возможность ослабления родовой деятельности при применении средних доз аминазина ставит вопрос о сочетании аминазина с дру-

тими нейроплегическими и ганглиоблокирующими гипотензивными средствами и избежании ослабления родовой деятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Персианинов Л. С. Акуш. и гинек., 1957, 5. — 2. Лабри А., Гюгенар П. Гибриотерапия в медицинской практике, М., 1956. — 3. Kruger E. H. Zbl. Gynäkol., 1956, Bd. 49, 5. — 4. Ruzicka J. и др. Gynecol. et obst., 1957, 56, 4. — 5. Davies, John J. Canad. Anaes. Soc. J., 1955, v. 2—4. — 6. Nold B. u. and. Zbl. Gynäkol., 1957, 28. — 7. Herschenson B. B. a. oth. New England J. of Med., 1954, 251 (August, 5).

Поступила 24 июня 1959 г.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛИДАЗЫ ПРИ МЕШЕЧЧАТЫХ ОПУХОЛЯХ ПРИДАТКОВ МАТКИ И ПАРАМЕТРИТАХ

Канд. мед. наук И. Н. Рембез

(Львов)

Гнойный процесс в трубах и яичниках ограничивается образованием из их стенок плотных капсул и обширных сращений со стенками таза и соседними органами (матка, кишечник, сальник).

Образование непроницаемых для микробов капсул и обширных сращений в острой стадии играет защитную роль, препятствуя распространению инфекции. В этом проявляется барьерная функция соединительной ткани. В дальнейшем, после гибели возбудителей воспалительного процесса в придатках, эти непроницаемые капсулы задерживают рассасывание накопившегося серозного или гнойного экссудата.

Достичь рассасывания возможно лишь путем повышения проницаемости тканей, окружающих этот экссудат. Способностью повышать проницаемость тканей обладают факторы распространения Дюран-Рейналса, идентифицированные Чейном и Дьюти с гиалуронидазой. Феномен распространения в тканях объясняется энзиматическим действием гиалуронидазы на гиалуроновую кислоту.

Гиалуронидаза обладает диффузионными свойствами уже в разведении 1:100 000 — 1:1 000 000 (Л. И. Маграчева, Б. Н. Могильницкий и В. П. Шехонин). В последнее время делаются попытки применить препараты гиалуронидазного действия для лечения различных гнойных заболеваний (Спир, Рис и Клифтон, Райфенштуль).

Однако, гиалуронидаза преодолевает барьер лишь в случае, если она введена в ткань, образующую этот барьер, в противном случае она распространяется вокруг него по линии наименьшего сопротивления. Барьер остается нарушенным в течение 24 час. и через 48 час. полностью восстанавливается (О. Хехтер).

Лидаза — советский препарат гиалуронидазного действия, изготавливаемый из семенников половозрелого скота путем автолиза. Это — стерильный белковый порошок желтоватого цвета, выпускается в ампулах по 0,1, что соответствует 64 ед.

Содержимое ампулы перед применением растворяется в 2—4 мл 0,5% раствора новокаина.

Целью нашей работы является изучение влияния лидазы на скорость рассасывания воспалительных экссудатов придатков матки и околоматочной клетчатки.

Прежде чем ввести лидазу, необходимо больную обследовать и сделать пункцию опухоли. Если пунктат оказывается стерильным, что обычно и бывает при очень давних мешеччатых опухолях, а число лейкоцитов в крови в пределах нормы и РОЭ не выше 20 мм/час, можно применять лидазу. Желательно вместе с лидазой вводить и антибиотики, действие которых значительно усиливается.

Введение лидазы производится с помощью шприца и длинной иглы. Сначала внутренним исследованием определяются локализация, величина и соотношение опухоли с соседними органами, избирается наиболее легко доступная для прокола точка. После этого делается прокол соответствующего свода либо под контролем пальцев, либо в зеркалах под контролем глаза. Если игла оказывается в полости опухоли, содержимое последней отсасывают и отправляют на исследование. Через эту же иглу, но другим шприцем вводится лидаза в дозе от 64 до 128 ед. вместе с 0,5—1,0 стреп-