

ПРИМЕНЕНИЕ ГАНГЛИОБЛОКАТОРОВ ПРИ ВЕДЕНИИ РОДОВ, ОСЛОЖНЕННЫХ ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ПОЗДНЕГО ТОКСИКОЗА БЕРЕМЕННОСТИ

А. П. Марусов, Р. Н. Александровская

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.— доц. А. П. Марусов) медицинского факультета Мордовского ордена Дружбы народов государственного университета имени Н. П. Огарева

Поздний токсикоз беременности является одной из актуальных проблем современного акушерства. Перинатальная смертность также остается высокой, составляя 12,3 — 16,3% [1, 2, 6]. В связи с этим в последние годы в акушерстве уделяется большое внимание вопросам ведения родов с применением управляемой нормотонии ганглиоблокаторами [3, 4].

Нами проведены и изучены роды у 87 женщин с токсикозом 2-й половины беременности. Возраст рожениц колебался от 17 до 44 лет: до 20 лет — 8, от 20 до 30 — 56, от 31 до 40 — 17, свыше 40 лет — 6. Первородящих было 61, повторнородящих — 26.

Моносимптомный токсикоз (гипертония) констатирован у 3 женщин, нефропатия II степени — у 61, нефропатия III степени — у 19, преэклампсия — у 3, эклампсия — у 1 беременной.

Отеки отмечены у 80 женщин. АД варьировало в пределах 18,7/13,3 — 29,3/18,7 кПа, белок в моче составлял от 0,033 до 7,59 г/л, остаточный азот — от 14,3 до 42,8 ммоль/л. Изменения глазного дна в виде ретинопатии выявлены у 10 женщин.

В отделение патологии беременных было госпитализировано 70 женщин. У 62 беременных наблюдалась «чистая» форма токсикоза, у 25 — сочетанная на фоне гипертонической болезни, пиелонефрита, тиреотоксикоза. Во время беременности для лечения токсикоза применяли магниезальную терапию по схеме Бровкина, дибазол, папаверин, эуфиллин, пентамин, аминазин, маннитол, лазикс, кокарбоксилазу, неокомпенсан, гемодез и глюкозо-новокаиновую смесь, при тяжелых формах токсикоза — гепарин. Для профилактики гипотрофии плода беременным назначали витамины E, B₁₂, B₆, фолиевую кислоту, нативную плазму и др.

У 60 беременных роды начались спонтанно, у 27 проводили родовозбуждение (измененная схема Штейна) с предварительной витаминно-гормонально-энергетической подготовкой. Для регуляции родовой деятельности применяли спазмолитики (атропин, апрофен, тифен) и при необходимости окситоцин, сокращающий матку. Для максимального обезболивания родов на фоне физио-психо-профилактической подготовки назначали промедол, свечи с дианином, литическую смесь, закись азота.

Поскольку женщины в отделении патологии беременности прошли полный курс лечения по поводу позднего токсикоза с положительным эффектом, мы не назначали в 1-м периоде родов ганглиоблокирующих веществ (бензогексоний, пентамин, гитроний и др.), а оставляли их для завершения родов.

Методика применения ганглиоблокаторов общеизвестна, однако ее уместно напомнить на примере пентамина, так как именно этот препарат мы использовали чаще других. Общее количество введенного пентамина колебалось от 40 до 180 мг в зависимости от длительности его применения (от 20 мин до 2 ч). Внутривенное капельное введение 5% раствора пентамина в 5% растворе глюкозы начинали при АД, равном 21,3/13,3 кПа и выше со скоростью от 20 до 60 капель в 1 мин. Скорость регулировали в зависимости от АД. Роды заканчивались спонтанно при нормотонии или небольшой гипертензии ($17,3 \pm 0,1/0,2$ кПа).

Контроль за роженицами осуществляли измерением АД через 1 — 2 мин, наблюдением за их общим состоянием, характером пульса и величиной зрачка. При введении пентамина сознание женщин было заторможенным, они меньше реагировали на схватки и потуги, пульс учащался на 10 — 12 уд. в 1 мин, наблюдалось умеренное расширение зрачков.

Ценное качество ганглиоблокаторов заключается в том, что развитие даже значительной гипотонии не ведет к гипоксии тканей и легко устраняется введением вазотрессоров [5]. Мы дважды наблюдали снижение АД до 12,0/8,0 кПа из-за быстрого введения ганглиоблокаторов. После прекращения введения препарата АД повышалось

до 20,0/14,6 кПа. В дальнейшем роды вели при АД, равном 17,3/12,0 кПа, со скоростью введения пентамина 20 капель в 1 мин. Изменений со стороны сердечбиения и шевеления плода не отмечали. У 4 женщин АД под влиянием пентамина не снижалось ниже 20,0/13,3 кПа. Данный препарат был одинаково эффективен как при «чистой», так и при сочетанной формах токсикоза. Наряду с использованием ганглиолитиков при родах применяли и другие медикаментозные средства для лечения токсикоза беременных, поскольку гангиоблокаторы снимают лишь спазм периферических сосудов, снижая АД, но не оказывают влияния на другие звенья патологического процесса. После родоразрешения прекращали введение пентамина и продолжали комплексное лечение нефропатии. Ни в одном случае после применения гангиоблокаторов эклампсии не наблюдалось.

Оперативное родоразрешение было предпринято у 6 рожениц: у 4 из них показаниями явилась асфиксия плода, а у остальных — длительно протекающая, нелеченная тяжелая форма токсикоза. Общая продолжительность родов у первородящих составила 12 ± 1 ч, у повторнородящих — 8 ± 1 ч. Средняя величина кровопотери при родах была равна 182 ± 15 мл. Материнский травматизм в виде разрывов промежности I — II степени и эпизиотомии имел место у 43% рожениц. Средняя продолжительность пребывания на койке составила $17,9 \pm 1,3$ койко-дней.

Родились 87 детей, 9 из них недоношены. Гипотрофия отмечена у 18 новорожденных, в асфиксии родились 7 (у 3 применено аппаратное дыхание). Дети, рожденные в условиях искусственной нормотонии, получили оценку по шкале Апгар $7,9 \pm 0,1$ балла, через 5 мин — $9,2 \pm 0,1$ балла. Масса тела новорожденных с гипотрофией была $2625 \pm 5,2$ г, недоношенных — $1735 \pm 1,2$ г. Все дети живы.

Широкое применение ганглиолитиков позволило снизить частоту операции наложения акушерских щипцов при поздних токсикозах с 6,3 до 1,6%.

ВЫВОДЫ

1. Гангиоблокаторы короткого действия способствуют более быстрому, бережному родоразрешению и предупреждают развитие осложнений тяжелого токсикоза беременности во время родов.

2. Использование гангиоблокаторов дало возможность снизить частоту операции наложения акушерских щипцов почти в 4 раза.

3. Применение гангиоблокаторов в момент родоразрешения на общем состоянии новорожденных не отражается.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакниева Р. Г., Фрейдлин И. И. *Вопр. охр. мат.*, 1968, 1.—2. Беккер С. М. *Патология беременности*. М., Медицина, 1969.—3. Ваннина Л. В., Кротова Н. Е. В кн.: *Тез. докл. XII Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов*. М., 1969.—4. Ильин И. В., Мануилова И. А. и др. *Там же*.—5. Осипов В. П. *Искусственная гипотония*. М., Медицина, 1967.—6. Петров-Маслаков М. А., Сотников А. Л. Г. *Поздний токсикоз беременных*. Л., Медицина, 1971.

Поступила 15 декабря 1983 г.

УДК 618.1—007.12—08

НОВОЕ В КЛАССИФИКАЦИИ И ЛЕЧЕНИИ ГЕНИТАЛЬНОГО ИНФАНТИЛИЗМА

У. Р. Хамадьянов

Кафедра акушерства и гинекологии факультета усовершенствования врачей (зав.— доц. У. Р. Хамадьянов) Башкирского медицинского института имени XV-летия ВЛКСМ

Целью настоящей работы являлось уточнение механизмов патогенеза и классификации, а также разработка критериев дифференциальной диагностики и терапии генитального инфантилизма.

Проведено обследование и лечение 407 больных генитальным инфантилизмом в возрасте 18 — 35 лет. В комплекс исследований входили радиоиммунологическое