

ВЫВОДЫ

1. При определении 32-недельной беременности следует обязательно учитывать рост беременной, так как каждой ростовой группе беременных свойственны свои показатели веса и окружности живота.
2. Высота стояния дна матки над лоном может служить надежным признаком 32-недельной беременности вне зависимости от роста беременной.
3. Увеличение прибавки в весе беременных разных ростовых групп свыше приведенных цифр может указывать на ту или иную патологию беременности, связанную с чрезмерной прибавкой в весе.

УДК 616.12—008.331.4—618.714

О ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ И ОСТАНОВКЕ ГИПОТОНИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Проф. А. М. Фой и канд. мед. наук С. М. Швец

*Акушерско-гинекологическая клиника лечебного факультета (зав — проф. А. М. Фой)
Саратовского медицинского института*

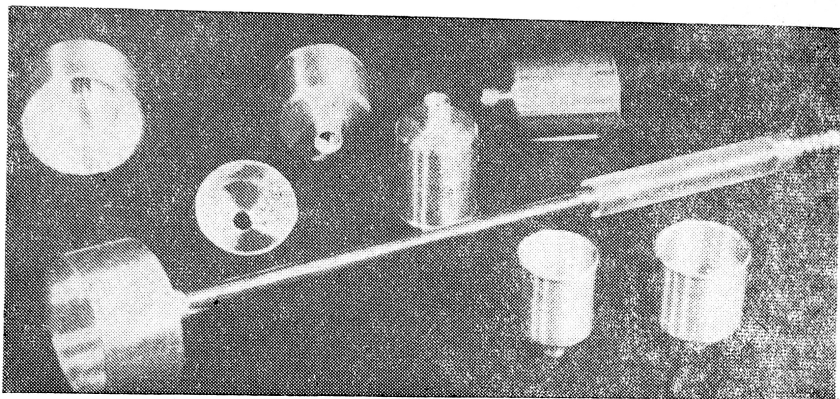
Как известно, проблема борьбы с последовыми и ранними послеродовыми кровотечениями все еще не утратила своей актуальности. По данным М. А. Петрова, Маслакова и М. А. Репиной, массивные кровопотери наблюдались у 0,8% общего количества рожавших женщин. Большинство авторов отмечает, что ведущей причиной патологических кровопотерь в родах являются не нарушения свертывающей и противосвертывающей систем крови, а гипотонические состояния миометрия, нередко возникающие на почве нерационального ведения родового акта [2, 5], стандартного и необоснованного широкого использования многочисленных средств окситолического действия, приводящих порой не к укорочению родового процесса, а наоборот, к затяжному течению родов и к функциональному утомлению маточной мускулатуры [1, 2, 3].

Опыт Саратовской акушерско-гинекологической клиники [1] дает все основания полагать, что значительных успехов в этой области можно добиться рациональным ведением родового акта с широким использованием новых анальгетиков и современных спазмолитиков (промедол, его сочетания с тифеном либо с апрофеном, дипрофеном, атропином, оксibuтиратом натрия, но-шпа и др.), с возможно более ранним применением нормализаторов сократительной функции при дискоординированных маточных сокращениях (спазмолитики, «сон — отдых» по И. И. Яковлеву и др.). Эта тактика на протяжении последних 10 лет привела нас не только к полной ликвидации материнской смертности от патологических кровопотерь в последовом и раннем послеродовом периодах, но и к снижению частоты подобных кровотечений до 3—4% в разные годы. Более того, за этот отрезок времени ни разу не возникало надобности в операции удаления матки по этому показанию, в перевязке магистральных сосудов по Д. Р. Цицишвили, в проведении реанимационных мероприятий. Следует указать, что помимо перечисленных особенностей ведения родов наша тактика предусматривает полный отказ от использовании грубого и травматичного метода выжимания неотделившегося последа по Лазаревичу — Креде, нередко способствующего возникновению дискоординированных сокращений и гипотонических состояний матки в раннем пуэрперии. С другой стороны, известную роль в достижении наших показателей сыграли мероприятия, направленные в сторону возбуждения рецепторных зон, локализуемых в верхней трети влагалища и в области шейки матки, для быстрого рефлекторного повышения тонического напряжения миометрия в ответ на раздражающие влияния смазывания эфиром слизистой верхних участков влагалища и шейки матки или на наложение шва по В. А. Лосицкой.

В последнее время, используя тот же принцип эффективных рефлекторных влияний, для быстрого повышения сниженного тонуса матки мы прибегаем к методу, названному нами вакуум-стимуляцией шейки матки. Метод применяется с первых же минут возникающего гипотонического кровотечения не только после срочных, но и после преждевременных родов и после абортных поздних сроков беременности (16—28 недель).

Вакуум-стимуляция шейки матки мы осуществляем с помощью вакуум-аппарата, который применяется в акушерско-гинекологических стационарах для производства искусственных абортов или для отсасывания патологических скоплений жидкости из полостей. Нами изготовлены чашечки из дюралюминия различных размеров (см. фото), которые с помощью резьбы соединяются с металлической трубкой, подключающейся к рукоятке, соединенной с вакуум-аппаратом.

При послеабортных кровотечениях и сохраненной или укороченной шейке матки мы применяем различные чашечки диаметром 30—45 мм с высотой корпуса 35—



50 мм, а при послеродовых кровотечениях — диаметром 50—70 мм с высотой корпуса 35 мм. Чашечку, подобранную с учетом срока беременности и состояния шейки, вводят во влагалище и подводят к шейке матки, затем включают вакуум-аппарат. Отрицательное давление доводят до $0,5 \text{ кг/см}^2$ в пределах 3—5 мин. При этом почти всегда наблюдается быстрое сокращение матки, прекращается кровопотеря. Продолжительность вакуум-стимуляции, если необходимо, можно увеличить до 20—30 мин. После выключения вакуум-аппарата чашечку вынимают из влагалища.

Если кровотечение продолжается (что бывает крайне редко), следует заподозрить несовершенное опорожнение матки от остатков последа и крупных кровяных сгустков. В подобных случаях мы вводим в полость матки вакуум-трубку № 12, которая соединяется с тем же вакуум-аппаратом, вслед за чем производим вакуум-аспирацию по разработанной в нашей клинике методике [6]. Если после удаления сгустков крови и остатков последа кровопотеря продолжается, вновь производим вакуум-стимуляцию. Как правило, кровотечение прекращается, необходимости в дополнительных мероприятиях не возникает. Лишь изредка приходится прибегать к введению средств окситоического действия.

Метод вакуум-стимуляции применяется нами также с профилактической целью при отягощенном акушерском анамнезе и некоторых особенностях родового акта, могущих привести к гипотоническому состоянию матки в раннем пуэрперии (многоводие, чрезмерно крупный плод, многоплодие и др.).

Совершенно естественно, что перед вакуум-стимуляцией шейки матки необходимо убедиться в отсутствии травматических ее повреждений, которые одновременно с понижением тонуса матки могут усугублять интенсивность кровопотери.

При рецидиве кровотечения на почве повторного понижения тонуса матки вакуум-стимуляция шейки может быть повторена. Следует отметить, что при одновременном введении окситоцина или питуитрина подобные рецидивы наблюдаются крайне редко.

Вакуум-стимуляция шейки матки была применена нами у 50 женщин после срочных родов, у 25 после преждевременных и у 100 после аборт на поздних сроках беременности. Лишь у 1 роженицы метод не привел к стойкому повышению тонуса матки, и была проведена повторная вакуум-стимуляция одновременно с однократным подкожным введением окситоцина.

Наша методика отличается от почти аналогичного предложения Н. Х. Пирумова конструкцией чашечки, используемой для вакуум-стимуляции. Преимущество нашей модификации заключается в возможности ограниченного воздействия отрицательным давлением на рецепторные зоны лишь шейки матки и прилегающих тканей влагалища без рекомендуемого Н. Х. Пирумовым введения «наконечника-обтуратора» в шейечный канал, до известной степени чреватого опасностью инфицирования полости матки. Надо полагать, впрочем, что благодаря использованию в течение первых 2—3 дней пуэрперии средств антимикробного действия это осложнение возможно лишь в редких наблюдениях. Мы полностью разделяем точку зрения автора, что в основе механизма достигаемого кровоостанавливающего эффекта после вакуум-стимуляции шейки матки лежит ряд факторов. Важнейшие из них — быстрое усиление ретракции мышц матки, сжатие просвета сосудов, главным образом в области плацентарной площадки, и ускоренное тромбообразование.

Различные модификации вакуум-стимуляции, надо полагать, отличаются примерно равной эффективностью и могут быть рекомендованы к более широкому использованию.

Имеются все основания считать, что в общем комплексе мер по борьбе с патологической кровопотерей в раннем пуэрперии немаловажное значение приобретет и рекомендуемый нами метод вакуум-стимуляции шейки матки.

1. Анисимова М. И. и Кирнасова М. Р.; Оноприенко Н. В.; Фой А. М. Тр. Саратовск. мед. ин-та, 1968, 58/75.—2. Жмакин К. Н., Яковлев И. И. Тр. I Всеросс. конф. акуш. и гинек. Медгиз, М., 1958.—3. Персианинов Л. С. Руководство по акуш. и гинек. Медицина, М., 1964.—4. Петров-Маслаков М. А. и Репина М. А. Тез. докл. научн. конф. «Анестезия и реанимация в акушерстве», 1968.—5. Покровский В. А., Скугаревская З. И. Мат. Всеросс. конф. акуш. и гинек., Горький, 1968.—6. Швеи С. М. К вопросу о вакуум-аспирации как методе искусственного аборта. Автореф. канд. дисс. Саратов, 1965.

УДК 618.16—002—616.5—002.689—616—689

УСТРАНЕНИЕ ЗУДА ПРИ КРАУРОЗЕ ВУЛЬВЫ

Л. К. Малышев

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав.—проф. И. В. Данилов) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Как известно, крауроз и лейкоплакия вульвы сопровождаются зудом. Интенсивный зуд нередко длится годами, лишает больных трудоспособности, доводит до тяжелого невроза.

Мы испробовали следующие методы лечения: спирто-новокаиновую блокаду, паравульварную денервацию и тотальную вульвэктомию. Первые два метода привлекают простотой и безопасностью выполнения, достаточно высокой результативностью [3, 5, 7, 8, 9, 10].

На стационарном лечении находились 110 больных краурозом вульвы, из них 23 без лейкоплакии и 87 с лейкоплакией. Средний возраст больных первой группы составил 53 года, второй — 55 лет. Средняя продолжительность заболевания больных краурозом без лейкоплакии была $1,9 \pm 0,25$, с лейкоплакией — $5,2 \pm 0,37$ года ($P < 0,001$).

Для нормализации основных нервных процессов мы назначали седативные и снотворные средства, андаксин, триоксазин и др., поливитамины (А, С, гр. В, РР). При наличии заболеваний желудочно-кишечного тракта, и в первую очередь субакидного и ацидного гастрита, мы прописывали 3% соляную кислоту с пепсином.

С целью купирования зуда применяли димедрол, пипольфен, дипразин в дозе 0,02—0,03 гра в день либо инъекции следующего состава: Novocaini, Thyamini bromati aa 0,5, As. nicotini 0,15, Dimedroli 0,2, Aq. destillatae 25,0 (стерильно). Инъекции производили внутримышечно начиная с 1 мл, ежедневно увеличивали количество раствора на 1 мл и доводили до 5 мл на инъекцию, затем вводили через день по 5 мл. Курс лечения был рассчитан на 10 инъекций. Кроме того, назначали ежедневное обмывание наружных половых органов настоем полевой ромашки или шалфея, сидячие горячие ванны с теми же настоями и последующей аппликацией на вульву витаминизированного рыбьего жира. При наличии на коже и слизистых покровах трещин и эксфолиаций, часто вторично инфицированных, мы применяли гидрокортизоновую (преднизолоновую, оксикортовую и др.) мазь в равных пропорциях с 3—10% эмульсией синтомицина. Если преобладали трофические нарушения кожи и слизистых покровов наружных половых органов (сухость, истончение эпителия, легкая ранимость тканей с появлением трещин), мы рекомендовали косметические витаминизированные кремы типа «Нектар», содержащий маточное молочко пчел, «Люкс», «Восторг», имеющие в составе витамины А, Е, F, «Янтарь», состоящий из ланолина, спермацета, косточкового масла. В некоторых случаях к этой основе мы добавляли другие ингредиенты: 1—2% димедрола, 0,25—0,5% андрогенов. При изготовлении крема такого состава кристаллы димедрола, метилтестостерона тщательно растирают в ступке, а 5% тестостерон-пропионат добавляют по каплям. При зуде перинальной области мы назначали свечи следующего состава: Prednisoloni 0,01, Ext. Belladonnae 0,02, Xeroformii 0,1, Dimedroli 0,02, Glycerini 0,12, But. Cacao 2,0 (по одной свече в прямую кишку на ночь ежедневно в течение 10—15 дней). Для воздействия на нервные центры спинного мозга всем больным проводили облучение пояснично-крестцовой области кварцем в эритематозных дозах.

Если вышеописанная консервативная терапия была неэффективной в течение 1—2 месяцев, мы переходили к другим видам лечения.

Спирто-новокаиновую блокаду применяли большей частью у больных с зудом продолжительностью до 2 лет, при отсутствии значительных трофических изменений тканей вульвы. Если зуд продолжался более 2 лет, была распространенная лейкоплакия, мы предпочитали применять паравульварную денервацию. Показанием для тотальной и частичной вульвэктомии служили очаговая и множественная лейкоплакия, сопровождающаяся длительно не заживающими трещинами и язвами, безуспешность консервативной терапии.