

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Литературные данные, а также проведенные нами клинические наблюдения и патоморфологические исследования об использовании для пломбирования зубов пластмассы АСТ-2 по усовершенствованной нами методике показали преимущество этого материала по сравнению с другими.

Изучение отдаленных результатов показало, что пломбы из данной пластмассы в 3—4 раза прочнее цементных пломб и в 1,5—2 раза амальгамных, особенно при кариесе на апроксимальных поверхностях зуба.

Особенную ценность представляет пломбирование пластмассой группы фронтальных зубов, так как она по цвету не отличается от цвета естественных зубов.

Пломбирование зубов прессованной пластмассой АСТ-2 с цементной подкладкой по нашей методике устраняет ее токсические свойства, что подтверждается положительной реакцией пульпы на электроток через 2—3 года после наложения пломбы и нашими гистологическими исследованиями с продолжительностью наблюдения от одного месяца до 2 лет и 7 месяцев.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бегельман И. А. *Стоматология*, 1959, 2.—2. Данилевский Н. Ф., Кодола Н. А., Марченко А. И. *Стоматология*, 1958, 5.—3. Митина В. И. Тез. докл. науч. сессии Украинского ин-та стоматологии. Одесса, 1959.—4. Пагукина Р. Ф. Сб. науч. трудов врачей Марийской АССР и научн. работников Казанского мед. ин-та, Казань, Казанск. мед. ин-т, 1959.—5. Школяр Т. Т. и Зверева С. А. *Стоматология*, 1954, 6.—6. Langland K., Norway O. *Oral Surg.*, 1959, 12, 11.—7. Keresthesi K. *Osteor. Ztsch. für Stomatologie*, 1959, 5.

Поступила 17 октября 1963 г.

## О НЕКОТОРЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЯХ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ, В РОДАХ И РАННЕМ ПУЭРПЕРИИ<sup>1</sup>

*Проф. А. М. Фой, доценты М. И. Анисимова и Н. В. Оноприенко*

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.—проф. А. М. Фой)  
Саратовского медицинского института

Практического врача особенно интересуют две наиболее опасные формы, обуславливающие тягчайшие кровопотери при беременности и в родах: кровопотери при предлежании детского места и при патологическом течении последового периода и раннего пуэрперия. Есть основания утверждать, что сравнительно несложные организационные и лечебно-профилактические мероприятия при необходимой осторожности у врача могут привести нас к дальнейшим успехам в борьбе с ними.

В акушерской клинике лечебного факультета Саратовского института за последние 11 лет находилось 203 женщины с выраженным кровотечением на почве предлежания детского места, и ни одна из них не погибла.

Наш опыт говорит о необходимости широчайшего использования при этой патологии весьма простых и буквально общедоступных в условиях советского родовспоможения мероприятий. Среди них особое значение приобретают: 1) возможно более ранняя госпитализация этих больных; 2) соблюдение больными строжайшего лечебно-охранительного режима до конца беременности и в родах; 3) систематическое использование средств ингибиторного воздействия на сократительную деятельность матки до стойкого получения эффекта (токоферрол, эрвигит, прегнин, прогестерон). Нами экспериментально и клинически доказана высокая эффективность при этом внутривенных введений 8—10 мл 0,5% новокаина (О. В. Масловская), проводимых на протяжении 6—7 дней в сочетании с применением одного из вышеназванных лекарственных препаратов; 4) существенное значение имеют неоднократные гемотрансфузии во избежание пагубных влияний постепенной анемизации женщины на ее здоровье и на судьбу плода и новорожденного.

Весьма рационально и использование средств стимуляции гемопоэза, неоднократное применение в интересах плода профилактической «триады» по А. П. Николаеву.

При этих условиях, независимо от формы предлежания детского места (у 40% наших женщин было тотальное предлежание плаценты), хорошо разработанные в

<sup>1</sup> Должено в Саратовском научном обществе врачей акушеров-гинекологов в сентябре 1963 г.

современном акушерстве методы ведения родов, осложненных кровопотерями на почве этой патологии, неизменно обеспечивали нам благоприятные исходы.

Что касается кровотечений в третьем периоде родов и в раннем пуэрперии, то частота их может быть значительно снижена при соблюдении следующих условий:

1) Вместе с применением общеизвестных мер профилактики кровотечений этого характера с тщательным учетом анамнестических данных весьма важна профилактика затяжных родов. При этом следует вести систематическую борьбу с назначением различных средств родостимуляции без учета исходного состояния маточного «мотора» в родах. Подобное «подхлестывание» сократительной функции матки при наличии дискоординированных маточных сокращений, при гипертонических состояниях матки, особенно ее нижнего сегмента (о чем неоднократно в последние годы говорили И. И. Яковлев и К. Н. Жмакин), в большом проценте наблюдений приводит к «развязыванию» кровоточив в последовом периоде на фоне функционального утомления маточной мускулатуры. Даже при ведении нормальных родов, но особенно при гипертонических состояниях матки, вместо средств стимуляции необходимо прибегать к благотворному влиянию на ход родового процесса современных средств акушерской анальгезии (промедол — 2 мл 2% раствора, изопромедол, анадол) в сочетании с новейшими спазмолитиками (тифен 1—2 мл 1% раствора, апрофен, дипрофен и др.). Весьма целесообразно повторное введение препаратов спазмолитического действия еще и в конце первого периода родов. Это обеспечивает более плавное продвижение подлежащей части по родовому каналу из-за снижения тонического напряжения нижнего сегмента и мышц тазового дна, уменьшает опасность внутричерепного травматизма плода и у большинства женщин способствует нормальному течению третьего периода родов.

Систематическое использование в нашей клинике этого мероприятия привело к снижению подобных кровотечений на 40%. За последние 11 лет на 30 685 родов мы потеряли в раннем пуэрперии от кровотечений лишь трех женщин (переносимая беременность, тяжелая форма позднего токсикоза, атония в процессе кесарского сечения), отчасти из-за методических погрешностей, допущенных в процессе борьбы за жизнь женщин. Общий процент кровотечений за 11 лет не превышает у нас 2,8%. За последние 6 лет, несмотря на значительную концентрацию в нашем стационаре женщин с тяжелыми осложнениями беременности и родов, мы не потеряли от кровотечений ни одной женщины и ни разу не прибегали к мерам реанимации. Это мы объясняем, главным образом, широчайшим использованием средств спазмолитического действия в родах и недопущением значительных кровопотерь в третьем периоде родов. Это достигалось путем быстрого окончания последового периода в самом начале патологических кровотечений с последующим применением средств, повышающих сократительную деятельность матки (пахикарпин, питуитрин, окситоцин, маммофизин и др.).

2) При атонических состояниях матки весьма эффективно использование нового препарата холиномиметического действия — ацеклидина, выпускаемого ВНИХФИ им. Орджоникидзе. Наши экспериментальные нейрористологические исследования свидетельствуют о появлении под действием ацеклидина резкого эффекта со стороны парасимпатического отдела нервной системы, полового аппарата. Наши же клинические наблюдения показывают, что под влиянием ацеклидина отмечается быстрое повышение тонуса матки и нередко стойко пресекается дальнейшая кровопотеря в раннем пуэрперии.

3) Широкое профилактическое использование средств окситоического действия в плане профилактики последовых кровотечений, как это рекомендовалось в последние годы рядом авторов (А. Ю. Лурье, П. А. Белошапко и мн. др.) без серьезных обоснований, далеко не всегда приводит к положительным результатам: из-за частичного отделения плаценты возможно извращенное течение третьего периода родов и появление интенсивных кровотечений. Именно поэтому для части женщин более щадящей и безвредной линией поведения в современных условиях следует считать скорейшее завершение последового периода путем ручного отделения послесда с последующим использованием средств окситоического действия.

4) Еще более настроженным должно быть отношение акушеров к использованию метода выжимания неотделившегося послесда по Лазаревичу — Креде, вызывающего нередко, как известно, различные и тягостные нарушения процессов отделения послесда и нередко усугубляющего гипотонические состояния матки.

5) Следует считать обоснованным использование в борьбе с гипотоническими состояниями матки мер, направленных в сторону возбуждения физиологической функции рецептивных полей верхней и нижней трети влагалища, области наружного зева и нижнего сегмента. В этом отношении весьма рациональны смазывание этих участков эфиром, наложение шва по В. А. Лосицкой и по нашей модификации, предусматривающей сшивание передней и задней губы на половине их протяжения кетгутон при сохранении канала для стока выделений из матки, наложение лигатур по Зяблову, быстрое восстановление архитектоники поврежденной в родах шейки и др. Наложение клемм по Генкелю — Тиканадзе и швов на шейку по Зяблову, по нашему мнению, приводит к эффекту не столько за счет ухудшения кровоснабжения матки из-за сжатия просвета маточных артерий, сколько вследствие усиления «моторных» импульсов, вырабатываемых местными нервными приборами.

6) Опыт нашей клиники (около 100 наблюдений) дает основание положительно оценить гемостатическое действие метрогемостата В. Е. Роговина (Л. Д. Скворцова).

7) При соблюдении всех этих условий у нас ни разу не возникло необходимости в перевязке маточных сосудов по Д. Цицишвили или в ампутации матки. Однако мы отчетливо представляем себе высокую эффективность этих мероприятий при наличии обоснованных показаний.

Многолетняя разработка клинкой всех этих вопросов привела, как нам кажется, к достижению известного прогресса в деле борьбы с последовыми и ранними послеродовыми кровотечениями. Именно поэтому мы и позволяем себе ознакомить акушеров с данными нашего опыта.

Поступила 10 ноября 1963 г.

## О РУЧНЫХ ОТДЕЛЕНИЯХ ПОСЛЕДА И РУЧНЫХ ОБСЛЕДОВАНИЯХ ПОЛОСТИ МАТКИ В РОДАХ

*Мл. науч. сотр. В. В. Давыдов*

Научно-исследовательский институт ОММ г. Свердловска  
(директор — канд. мед. наук Р. А. Малышева)

Третий период родов всегда сопровождается кровопотерей в той или иной степени. Кровопотеря эта в одних случаях может быть физиологической (до 300 мл), в других — патологической (401 и выше), или на границе нормы и патологии (301—400 мл). Патологическая кровопотеря может привести не только к ухудшению течения послеродового периода, но и к значительному ухудшению здоровья родильницы и даже к ее гибели. Так, например, по данным проф. А. А. Тереховой, среди женщин, умерших от кровопотери в родах, у 20% кровопотеря была в пределах от 500 до 1000 мл и в 80% — от 1100 до 2000 мл и более.

Главными и общепризнанными мероприятиями, сокращающими кровопотерю в родах, остаются: ручное отделение последа в послеродовом периоде и ручное обследование полости матки в раннем послеродовом периоде.

Нами, по предложению проф. С. Д. Астринского, изучено 500 родов (1958—1962), где применялось ручное отделение последа (130) или ручное обследование полости матки (370). Общее число внутриматочных вмешательств составило 7,56% по отношению ко всем родам. По данным отечественных авторов, частота ручных обследований полости матки в родах колеблется от 0,6% (Н. Н. Чукалова и А. И. Соколова) и до 5,9% (А. А. Лиходеева). Частота ручных отделений последа, по литературным данным, колеблется от 0,25% (С. Ахметьева, А. Зейналова) до 2,5% (Азлецкая).

В подавляющем большинстве внутриматочные вмешательства производились у женщин цветущего возраста.

Многие авторы считают главной причиной патологической кровопотери в родах и увеличений частоты внутриматочных вмешательств перенесенные аборт. Так, например, В. И. Давыдов еще в 1935 г. писал: «Ручное отделение последа в группе первородящих женщин, ранее абортировавших, встречается в три раза чаще, чем у неабортировавших, а в группе повторнородящих абортировавших в 5 раз чаще, чем у неабортировавших». На это же в последнее время указывали и другие авторы (О. И. Авдеева, Н. И. Мамонтова и В. Чернова, С. Ахметьева и А. Зейналова и др.). Наши данные позволяют присоединиться к мнению этих акушеров.

Среди этиологических факторов, влияющих отрицательно на величину кровопотери в родах, некоторые авторы (В. И. Давыдов и Е. М. Левина, Ахметьева и А. Зейналова и др.) отмечали многоплодие. Среди наших женщин, подвергшихся операции ручного обследования полости матки, многоплодие было в 2,43%, а среди перенесших ручное отделение последа — в 1,54%. На общем материале процент многоплодных родов был значительно меньше (1:52), что позволяет считать, что многоплодие действительно оказывает влияние на частоту внутриматочных вмешательств.

На повышенную кровопотерю в родах и на увеличение частоты внутриматочных вмешательств в них оказывает влияние и величина плода (крупный плод), что нами также подтверждается. Женщин, которым было показано ручное обследование полости матки с крупными и гигантскими плодами, было 67 (17,63%), а тех, которым было показано ручное отделение последа, — 32 (24,22%), то есть в несколько раз больше, чем на всем материале (9% — Р. А. Малышева).

Метод ведения третьего периода родов, несомненно, оказывает влияние как на величину кровопотери в родах, так и на частоту внутриматочных вмешательств при них. В нашем институте придерживаются консервативного ведения третьего периода родов.

Среди наших женщин, подвергшихся операции ручного обследования полости матки, только у 7,56% кровопотеря была физиологической, у 4,6% — пограничной, а у остальных (87,84%) патологической.