

фиброзной мастопатией секторальная резекция произведена дважды, одной — четыре раза и одной 5 раз. При секторальной резекции не устраняется основная причина заболевания (фолликулярные кисты яичника, гормонопродуцирующие опухоли надпочечников, гипофиза и др.).

Лечение метилтестостероном не дало эффекта у 10 (с фиброзной мастопатией), у 38 больных привело к улучшению (опухоль уменьшилась, боли прекратились). Из 38 больных в последующем полное выздоровление наступило у 7 в результате нормализации половой жизни, родов и наступления глубокой менопаузы, у остальных вновь появились боли и уплотнения в молочной железе. Эти больные были подвергнуты операциям, так как повторное лечение метилтестостероном не дало стойкого выздоровления. При лечении больных с дисгормональными заболеваниями молочной железы метилтестостероном наблюдались повышенное либидо и вирилизация, которые проходили после прекращения лечения; наблюдались функциональные маточные кровотечения, прекратившиеся в результате лечения прогестероном.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брускин Я. М. Дисгормональные заболевания молочной железы. Медгиз, М., 1962. — 2. Бобров М. Я. *Вопр. онкол.*, 1964, 4. — 3. Слоним И. Я. *Мастопатия*. Госмедиздат УССР, Киев, 1955. — 4. Холдин С. А. и Попова В. М. В сб.: *Вопросы онкологии*. 1954, 7. — 5. Холдин С. А. и Попова В. М. В кн.: *Профилактика злокачественных опухолей*. Под ред. А. И. Сереброва. Медгиз, М., 1955.

УДК 618. 7—005. 1—616—001—611—663

КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ ВО ВРЕМЯ РОДОВ

Ю. П. Николаева

Вторая кафедра акушерства и гинекологии (зав.—прсф. Х. Х. Мещеров)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института
им. С. В. Курашова

Литературные данные о кровотечении из разрывов шейки матки разноречивы. Не всегда интенсивность такого кровотечения зависит от степени разрыва, так как существенное значение имеет калибр поврежденного кровеносного сосуда. Поэтому часто даже при больших травмах кровотечение бывает незначительным.

Ни в отечественной, ни в доступной нам зарубежной литературе мы не нашли работ о кровотечениях из повреждений шейки при повторных родах.

У наблюдаемых нами повторнородящих при свежих повреждениях шейки кровотечение было в 1,8% (у 4 из 222 рожениц), а при увеличении уже имеющейся старой травмы — в 2,83%.

На 718 первородящих с разрывами шейки кровотечение мы наблюдали лишь у 5 женщин (0,69%). Это были первобеременные в возрасте от 24 до 30 лет. У 2 женщин была проведена операция метрейриза. У 2 наблюдалось раннее отхождение околоплодных вод. У 3 были односторонние разрывы I—II ст.; у одной — двусторонние I ст. Вес детей был от 2700,0 до 3800,0. Кровопотеря равнялась 450—650 мл. Гистологическое исследование кусочков шейки матки, полученных при освежении краев разрывов, показало обширные кровоизлияния в стromу ее.

Мы наблюдали 3 женщин со значительными кровотечениями из неполных разрывов шейки матки.

Приводим краткие выдержки из историй родов.

1. Т., 21 года, беременность первая, роды срочные, самопроизвольные, в передне-затылочном предлежании. Длительность I периода родов 21 час. 10 мин., II — 25 мин., III — 10 мин. Вес плода 2700,0. Сразу же после рождения плода появилось кровотечение. Дно матки ниже пупка, матка плотная, хорошо сократившаяся. Кровотечение из неполного разрыва слизистой оболочки цервикального канала справа. Со стороны цервикального канала наложено 2 шва, после чего кровотечение остановилось. Кровопотеря 500 мл. В послеродовом периоде — однократное повышение температуры до 37,8°. Выписана с ребенком на 7-й день после родов в удовлетворительном состоянии.

Повторный осмотр через пять недель: шейка цела, наружный зев в виде небольшой щели.

2. Р., 22 лет, беременность третья, роды вторые, преждевременные, самопроизвольные, в передне-затылочном предлежании. Длительность I периода родов 8 час. 20 мин., II — 30 мин., III — 5 мин. Вес плода 2400,0. Сразу же после рождения плода

появилось кровотечение, продолжавшееся и после выжимания последа по Креде, и при хорошо сократившейся матке. Кровоточит рваная рана шейки матки со стороны влагалища.

После наложения двух кетгутовых швов кровотечение прекратилось. Кровопотеря 450 мл. На 4-й день — однократное повышение температуры до 38,4°. Выписана на 10-й день после родов в удовлетворительном состоянии. Повторный осмотр через два месяца после родов: шейка цела, наружный зев щелевидной формы.

З. К., 36 лет, беременность третья, роды третьи, срочные, самопроизвольные, в передне-головном предлежании. Длительность I периода родов 6 час. 20 мин., II — 30 мин., III — 5 мин. Вес плода 3250,0. Вслед за рождением плода началось незначительное кровотечение, которое продолжалось и после самостоятельного рождения последа, при плотной, хорошо сократившейся матке. Кровотечение из неполного разрыва передней губы шейки матки со стороны влагалища. Со стороны цервикального канала целостность слизистой оболочки не нарушена. Наложены Z-образный шов. Кровотечение прекратилось. Кровопотеря 400 мл. Послеродовой период протекал гладко. Выписана на 7-й день в удовлетворительном состоянии.

Повторный осмотр через месяц после родов: шейка цела.

При наличии старых разрывов у повторнородящих могут быть значительные кровотечения из шейки как последствие перенесенной травмы ее.

Приводим наше наблюдение.

Я., 25 лет, беременность четвертая, роды вторые. Поступила в I периоде родов с нефропатией и ранним отхождением околоплодных вод, при доношенной беременности. Роды произошли в передне-затылочном предлежании, вес плода 2650,0. Длительность I периода родов 7 час. 25 мин., II — 15 мин., III — 8 мин. Вслед за рождением ребенка началось значительное кровотечение. Послед выжат по Креде. Матка плотная. Кровопотеря 850 мл. Двухсторонние боковые старые разрывы шейки матки, слева свежий разрыв до свода. После его ушивания кровотечение прекратилось. Освежены края старых разрывов, произведено восстановление целостности шейки. Выписана на 9-й день с ребенком в удовлетворительном состоянии.

Повреждения шейки матки часто остаются незамеченными, так как не дают кровотечений, но впоследствии могут привести к различным заболеваниям не только шейки, но и других органов половой сферы женщины. Поэтому необходим осмотр шейки матки на зеркалах после каждого родов.

УДК 618. 7—005. 1

ВЕЛИЧИНА КРОВОПОТЕРИ В РОДАХ

К. И. Мышкин, Я. Ю. Малков

Кафедра акушерства и гинекологии лебечного факультета (зав.—проф. А. М. Фой) и факультетская хирургическая клиника (зав.—доктор мед. наук К. И. Мышкин) Саратовского медицинского института

До настоящего времени нет единого мнения относительно нормальной величины кровопотери в родах.

Кровопотерю в 500 мл считали нормальной Е. Бумм и Г. Г. Гентер (1938), в 300—400 мл — К. К. Скробанский (1946), в 600 мл — А. П. Николаев (1958). Кровопотерю в этих же пределах признавали физиологической для третьего периода родов и пuerперия и многие зарубежные специалисты: Ньютон, Мози, Эгли, Джиффорд, Галл.

V пленум Совета родовспоможения и гинекологической помощи МЗ СССР и РСФСР (1954) вновь подтвердил, что количество теряемой крови при нормальных родах не должно превышать 250—300 мл.

И. Ф. Жордания (1956), не приводя фактического материала, указывал, что физиологической в послеродовом периоде следует считать кровопотерю, не превышающую 250 мл. Однако если учесть, что в первые 2—4 часа после родов кровоотделение продолжается, то в физиологических условиях теряется еще до 50 мл крови. Патологической, по автору, следует считать кровопотерю, превышающую 400 мл. А. И. Петченко (1963), также без четких обоснований, высказал мнение, что кровопотеря в 300—500 мл не может считаться безвредной.

Многие участники III конференции акушеров-гинекологов БССР (1963), основываясь на анализе большого числа наблюдений, пришли к выводу, что кровопотерю в родах до 300 мл следует считать физиологической, от 300 до 500 мл — пограничной и свыше 500 мл — патологической.

Важным является определение пограничной кровопотери, с которой организм при соответствующей помощи может справиться без отрицательных последствий.

Мы обследовали 204 женщины в срочных (76) и преждевременных (51) родах, а также в осложненных токсикозами второй половины беременности (77).