

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 шелевидной формы.

3. 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. После 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 пуэрперия 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. Жордана (1956), не приводя фактического материала, указывал, что физиологической в последовом 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).

Величину кровопотери в родах мы определяли по удельному весу крови. Точность и чувствительность этого метода были изучены нами ранее (Сов. мед., 1963, 2).

Анализ наших данных относительно объема кровопотери в родах у здоровых женщин показал, что изменение частоты пульса происходило при потере 300 мл крови, после чего до кровопотери 350 мл пульс изменялся очень незначительно. Снижение максимального АД наблюдалось при потере 150—225 мл крови, а минимального — при потере 150—275 мл, после чего АД не изменялось до кровопотери в 350 мл. При потере свыше 350 мл наблюдалось учащение пульса и падение максимального и минимального АД. Кровопотеря свыше 450 мл вызывала значительное нарастание частоты пульса и падение АД, что свидетельствовало о возможном переходе в фазу декомпенсации. Таким образом, кровопотеря у здоровых родильниц в пределах 350—450 мл является пограничной (условно допустимой) между нормальной и патологической и должна настораживать в отношении принятия неотложных мер по прекращению кровотечения, а у ряда женщин даже к возмещению кровопотери.

Однако при ведении родов необходимо учитывать нередко трудности остановки кровотечения в последовом периоде и в раннем пуэрперии. Именно поэтому не следует дожидаться, чтобы кровопотеря превысила по объему пограничную.

Острая кровопотеря при позднем токсикозе нередко приводит к более быстрому, чем у здоровой женщины, и к более значительному снижению АД. О. А. Михайловская и Г. А. Мазо (1963), проанализировав 9452 истории болезни женщин, беременность у которых осложнилась токсикозами, пришли к выводу, что кровотечения у них более опасны, чем у здоровых. Авторы установили, что гипотонические кровотечения возникли у 8,6% больных женщин и лишь у 1% здоровых.

У женщин, страдавших поздними токсикозами, соответственно количеству потерянной крови возрастала частота пульса. Более резкие изменения пульса наблюдались при кровопотере, превышающей 275—300 мл. Падение АД — максимального и минимального — происходило при кровопотере в 300 мл и нарастало при потере в 400 мл и более. Таким образом, кровопотеря в 300—400 мл являлась пограничной, а превышающая 400 мл расценивалась нами как патологическая; она у ряда женщин вызывала тяжелое состояние, так что была показана гемотрансфузия.

По данным Ламбеску (1963), патологическим кровотечением при осложнениях родов токсикозами второй половины беременности следует считать кровопотерю более 400 мл.

У женщин с преждевременными родами величины допустимой и патологической кровопотери такие же, как у здоровых родильниц со срочными родами. Это подтверждается данными И. М. Старовойтова, З. Ф. Дробеня, И. Ф. Лызикова (1963).

Наши наблюдения позволили установить, что учащение пульса происходило при кровопотере в 350 мл, а значительное — при потере в 450 мл.

Незначительное падение АД максимального и минимального наблюдалось при кровопотере более 300 мл, после чего АД держалось на одном уровне до потери 450 мл, а затем резко падало.

УДК 618. 2—616. 12—008. 46

## СИНДРОМ СДАВЛЕНИЯ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ У БЕРЕМЕННЫХ<sup>1</sup>

К. В. Воронин

Первая кафедра акушерства и гинекологии (зав.—проф. Р. Г. Бакиева, консультант — проф. П. В. Маненков) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

У некоторых женщин в конце беременности при положении на спине появляется слабость, головокружение, тошнота. При этом обычно наблюдается кратковременное падение АД. Перемена положения тела (вертикальное, на боку) устраняет эти симптомы. Многие авторы объясняют описанный синдром сдавливанием нижней полой вены беременной маткой, в результате резко сокращается приток крови к сердцу, ударный объем его падает.

Приводим наше наблюдение.

Н., 27 лет, поступила 3/II 1965 г. в связи с отягощенным акушерским анамнезом (прошлые роды закончились мертворождением).

Наследственность не отягощена. Со стороны внутренних органов отклонений нет. Менструальная функция в норме.

<sup>1</sup> Доложено на заседании Казанского общества акушеров и гинекологов 11/III 1965 г.