

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 кровопотерь 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 нередкие 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 теряемой 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 БЕРЕМЕННЫХ¹

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.

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

Беременность 2-я. 1-я закончилась срочными родами мертвым плодом (погиб в родах от травмы). Во второй половине настоящей беременности временами была беспричинная одышка, слабость, головокружение, особенно при положении на спине.

11/II 1965 г. в связи тем, что у роженицы простой плоский таз I ст., перенашивание беременности и отягощенный акушерский анамнез, начато вызывание родов путем внутривенного капельного введения окситоцина без нарушения целостности плодного пузыря.

Исходное состояние роженицы удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. АД 110/70 мм. Пульс — 74.

В 8.00 начато введение 5 ед. окситоцина в 500 мл 5% раствора глюкозы + 1 мл 2% раствора дибазола, со скоростью 10 капель в мин., под контролем наружной гистерографии в положении на спине. В 8.10 беременная пожаловалась на неудобство положения и тупые боли в пояснице. В 8.15 появилась частая зевота, ощущение нехватки воздуха, потемнение в глазах, бледность, общая слабость. Пульс — 100, слабого наполнения и напряжения. АД 65/40. Матка в пониженном тонусе. Сердцебиение плода несколько учащенное (150), ритмичное. Выделений из половой щели нет.

Вливание окситоцина приостановлено, продолжено введение 5% раствора глюкозы. Ингаляция кислорода, подкожно введено 2 мл 20% камфары, 1 мл 10% кофеина. Состояние не улучшается. Снят токограф Лоранда, беременная повернута на правый бок. Тотчас же состояние улучшилось, вернулась естественная окраска лица. АД 115/70, пульс 84, удовлетворительного наполнения и напряжения. Зевота прекратилась.

В 8.30 возобновлено вливание окситоцина. В 10.00 беременная вновь положена на спину для наружной гистерографии. Состояние опять ухудшилось, в связи с чем беременная положена на бок. Указанные явления исчезли и не повторялись в течение всего процесса введения окситоцина в положении на боку. Вызывание родов оказалось неэффективным. Через две недели наступили спонтанные роды живым перезрелым плодом. Роды прошли без осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Маслов О. К. Акуш. и гин., 1964, 4. — 2. Орловский В. М. Сов. мед., 1965, 2. — 3. Шехтман М. М., Федермессер К. М. Акуш. и гин., 1964, 4.

УДК 612. 412—618. 2—618. 4

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОВОДОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ СПЛЕНЭКТОМИИ

И. И. Фрейдлин

Роддом № 1 (главрач — Е. А. Шеронова) г. Горького

Роды после спленэктомии представляют значительный интерес в силу их редкости. Мы наблюдали трое таких родов.

1. Б., 34 лет, поступила 28/VIII 1962 г. с диагнозом: беременность 38—39 недель. По поводу болезни Банти в 1956 г. ей произведена спленэктомия.

Данная беременность пятая. Первая беременность в 1954 г. закончилась срочными родами живым ребенком. После операции 3 беременности закончились искусственными абортми по медпоказаниям. Данную беременность перенесла хорошо, но гемоглобин в последнем месяце снизился с 62 до 50 ед.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. В легких везикулярное дыхание, тоны сердца чистые, ясные. Пульс 72, АД 120/60 мм. Печень не пальпируется. Кровь резусположительна. Гем.—64 ед. (10,6 г%), Э.—3 320 000, тромбоцитов 225 760. Свертываемость крови: начало — 4,5 мин., конец — 5,5.

1/IX родила живого мальчика весом 3800,0, длиной 50 см. Продолжительность родов 3 часа 25 мин., период изгнания 20 мин., послеродовый — 25 мин. Кровопотеря в родах 200 мл. Плацента 20×24 см.

Послеродовой период без осложнений. Выписана на 9-е сутки со здоровым ребенком.

2. Г., 29 лет, поступила 11/IV 1963 г. для родов. В 1959 г. произведено одномоментное удаление селезенки и желчного пузыря.

При обследовании в 1959 г. нарушений функций печени не установлено. После операции рожала в 1959 г., в данное время беременна вновь. Срок беременности 39 недель. Беременность протекала без осложнений.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Сердце и легкие без отклонений от нормы. Пульс 76. АД 115/70. Гем.—74 ед. (12,4 г%), Э.—3 700 000, Л.—