

Успех флюорографического метода исследования зависит не только от аппаратуры, но и от квалификации медицинского персонала.

Выявленные (крупнокадровым флюорографом) «немые» синуситы поступали на обследование и лечение к лор-врачу, который определил у них следующую патологию (см. табл. 2).

Таким образом, рентгено-флюорографические исследования околоносовых пазух с помощью крупнокадрового флюорографа у детей выявляют клинически бессимптомно протекающие изменения в околоносовых пазухах, свидетельствующие о наличии очаговой инфекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белецкий В. И. и Новик Е. Н. Врач. дело, 1954, 2. — 2. Бухман А. И. Вест. рентген. и радиол., 1959, 1. — 3. Лагунова И. Г. и Бухман А. И. В сб. Сокращенные доклады межобластной научно-практ. конф. рентгенол. и радиологов, Горький, 1960. — 4. Новиков В. А., Авдонин С. И. Вестн. рентгенол., 1963, 2. — 5. Панов Н. А. Тез. докл. VII Всесоюзн. съезда рентген. и радиол., Саратов, 1958. — 6. Рейнберг С. А. Там же. — 7. Файзуллин М. Х. Рентгенодиагностика заболеваний и повреждений придаточных полостей носа. Медгиз, М., 1961. — 8. Фомичина-Сахарова В. М. Сб. раб. Крымской обл. клин. больницы им. Н. А. Семашко, Симферополь, 1957. — 9. Эпштейн Ф. Г., Сергеев Н. В. и Сорокина Е. Ю. Клин. мед., 1958, 5.

Поступила 11 февраля 1963 г.

ПРОФИЛАКТИКА И ТЕРАПИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ПОСЛЕДОВОМ И ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДАХ

Доц. В. А. Голубев

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета (зав.— проф. А. И. Петченко)
Крымского медицинского института

На I Всероссийском съезде акушеров-гинекологов (1960) говорилось, что кровотечения в последовом и послеродовом периодах занимают первое место среди причин материнской смертности.

На нашем материале на 3711 родов кровотечения в последовом и послеродовом периодах наблюдались у 327 женщин (8,8% — кровоточит каждая 11-я роженица). К кровотечениям в родах мы относили такие, когда кровопотеря в последовом и раннем послеродовом периодах (первые 2 часа) составляла свыше 400 мл.

В этиологии таких кровотечений большую роль играют перенесенные аборт и токсикозы беременности (у 30% рожениц с такими кровопотерями были токсикозы беременности).

В последнее десятилетие большое значение в этиологии кровотечений в последовом и послеродовом периодах придается расстройствам свертывающей системы крови (афибриногенемия).

В связи с этим профилактика кровотечений в последовом и послеродовом периодах должна начинаться в женских консультациях. Женщине необходимо во время беременности рекомендовать физкультурные упражнения, прогулки. Регулярное введение витаминов, особенно С и К, облучение кварцем, дача препаратов кальция, психопрофилактическая подготовка к родам — все это, вместе взятое, составляет эффективный комплекс профилактических мероприятий по борьбе с кровотечениями в родах и раннем пуэрперии.

Наряду с этим рациональное ведение родов, разумное «управление родами», регуляция родовой деятельности также являются надежными методами профилактики. В начале родовой деятельности не следует, как правило, применять обезболивающие средства (только после раскрытия на 2 пальца). По признанию многих авторов, глубокий и длительный наркоз предрасполагает к атоническому состоянию матки. Не нужно применять таких грубых методов, как прием Кристеллера.

Профилактика и терапия кровотечений тесно переплетаются с ведением последового периода. Осталось немного сторонников так называемого активного метода ведения последового периода. Применение его по отношению ко всем роженицам себя не оправдывает. Этот метод может применяться лишь по показаниям для профилактики кровотечений в последовом и послеродовом периодах в тех случаях, где мы

его ожидаем. Сюда относятся: роды при многоводии, многоплодии, при крупном плоде, при токсикозах беременности, варикозном расширении вен, ожирении, предлежании плаценты и низко ее расположении. Сюда же следует причислить и многорожавших женщин, а также женщин с так называемым отягощенным акушерским анамнезом, в особенности перенесших много аборт. Профилактика в перечисленных случаях состоит во введении сокращающих средств (питуитрин, пахикарпин) в конце второго периода родов. Применять же эти средства по отношению ко всем роженицам, как это рекомендовали сторонники активного метода ведения последового периода, не нужно.

Кровотечение в последовом периоде возникает в тех случаях, когда послед отделился, но не выделился из полости матки, либо тогда, когда он частично отделился, а частично не отделился от стенки матки. В первом случае уместно применить общеизвестный метод Абуладзе или метод Шифлингера (правая рука располагается в области дна матки, левая захватывает переднюю брюшную стенку в складку, женщина должна потужиться). Во втором случае следует ввести в шейку матки питуитрин и, если кровотечение продолжается, произвести ручное отделение и удаление плаценты.

При задержке дольки плаценты производится ручное или инструментальное обследование полости матки.

Атоническим называется кровотечение из неповрежденной и полностью опороженной от плодного яйца матки. При атонии матки наряду с сокращающими матку средствами, которые в зависимости от обстоятельств могут вводиться как внутримышечно, так и внутривенно (питуитрин, окситоцин), следует производить ручное обследование полости матки с последующим массажем.

При продолжающемся кровотечении следует прижимать аорту кулаком либо пальцами (М. В. Бирюков, 1961). Остановка кровотечения в данном случае связана, по видимому, не столько с ишемией тазовых органов, сколько с раздражением рецепторов аорты и брюшно-аортального сплетения.

В настоящее время в борьбе с атонией широко применяется метод В. Л. Лосицкой (Акуш. и гинек., 1956) и метод П. А. Гузикова (1924); последний состоит во введении на несколько минут эфирного тампона в задний влагалищный свод. Оба эти метода основаны на раздражении обширной рефлексогенной зоны, которую представляет собой задняя половина шейки матки, обращенная к крестцу. Эти методы довольно эффективны, но их не следует применять в тех случаях, где нет уверенности в том, что матка не содержит остатка плаценты.

Если указанные методы не помогают, допустимо применение тугой тампонады матки. Тампон должен заполнить всю матку и своды влагалища и терять всякий смысл, если он уложен недостаточно туго. Обычно для тампонады матки и сводов требуется бинт шириной в 30 см и длиной 12—15 м. Такой тампон может находиться в матке 4—6 часов.

Хорошее действие оказывает метрогемостат Роговина, примененный с успехом в Крымской клинике в 34 из 35 случаев (Акуш. и гинек., 1962, 5)¹. Последней мерой является надвлагалищная ампутация матки или экстирпация. Последняя обычно производится при низко или шеечном расположении плаценты, а также при одновременном разрыве шейки матки или влагалищного свода.

Важную роль в практическом отношении и значительный научный интерес представляют кровотечения, связанные с гипо- и афибриногенемией, а также с другими нарушениями свертывающей системы крови. Последняя представляет собой сложный биохимический и физиологический комплекс, в котором объединены свертывающие и антисвертывающие механизмы (Б. А. Кудряшов, 1960).

В норме количество фибриногена составляет от 0,2 до 0,4%, а по отношению к белкам крови фибриноген составляет сравнительно небольшую цифру—6,5—8%. По мнению Уикса и Тул, снижение содержания фибриногена ниже 0,2 на 100 мл крови ведет к тому, что кровь не свертывается.

У больной, описанной А. И. Дмитриевой (1961), было тяжелейшее послеродовое кровотечение, наблюдалось полное отсутствие фибриногена. Такую же больную наблюдали в Симферопольской клинике в 1962 г.

Какова же профилактика афибриногенемии при предрасполагающих к тому моментах? Таким беременным в женских консультациях необходимо производить подробное гематологическое исследование, которое, кроме общего анализа крови, должно включать определение в плазме протромбина и фибриногена, концентрацию кальция, ретракцию сгустка, время свертывания и количество тромбоцитов. С профилактической целью беременным необходимо давать витамины К, С, В и Р, препараты кальция, а в особо опасных случаях производить профилактическое введение сухой плазмы (А. П. Николаев, 1961).

Как определить, связано ли кровотечение с афибриногенемией или оно возникло вследствие атонии матки? Наряду с клиническими данными следует руководствоваться простейшей пробой Беллера (в пробирку собирается кровь из матки; если она в течение 5 мин не сворачивается, можно заподозрить афибриногенемию).

Каково лечение афибриногенемии в родах? Наилучшие результаты дает введение человеческого фибриногена от 4,0 до 8,0. Так как этого препарата у нас пока нет,

¹ Казанский мед. ж., 1960, 2; 1963, 6.

необходимо вводить сухую плазму, каждая ампула которой содержит 0,5 фибриногена (необходимо, следовательно, минимум 8 ампул для ликвидации кровотечения, связанного с гипофибриногенемией). Естественно, плазму следует развести в относительно небольшом количестве физиологического раствора.

Крайне желательно перелить нативную (нецитратную) донорскую кровь. Вот почему привлечение доноров из медперсонала роддомов является очень важным мероприятием. В состав каждой дежурной бригады должен входить донор, который может быть использован в нужный момент.

При афибриногенемии следует внутривенно вводить аскорбиновую кислоту в больших дозах (до 1,0), хлористый кальций, желатину. Последнюю можно вводить также и внутримышечно. Мажилис рекомендует туго тампонировать матку марлевыми тампонами с фибринными пленками, приготовленными из крови крупного рогатого скота. Вопросы борьбы с кровотечениями на почве нарушений в свертывающей системе крови остаются пока еще полностью не разрешенными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бирюков М. В. Акуш. и гинек., 1961, 6. — 2. Дмитриева А. И. Там же. — 3. Жордания И. Ф. Там же, 1955, 2. — 4. Жмакин К. Н. Там же, 1960, 2. — 5. Крылова М. Б., Князева Е. И., Вашина О. П., Костарева Л. И. Тез. докл. I съезда акушеров-гинекологов РСФСР, Л., 1960. — 6. Кудряшов Б. А. Проблемы свертывания крови и тромбообразования, Высшая школа, М., 1960. — 7. Лосицкая В. Л. Акуш. и гинек., 1956, 1. — 8. Мажилис П. Ю. Тр. Каунасского гос. мед. ин-та, т. V, 1957. — 9. Николаев А. П. Практическое акушерство, 1958, Киев. — 10. Персианинов Л. С. Акуш. и гинек., 1955, 2.

Поступила 16 января 1963 г.

ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ ПРИ ПОЗДНИХ ТОКСИКОЗАХ БЕРЕМЕННОСТИ

Асс. Л. К. Малышев

Вторая кафедра акушерства и гинекологии (зав.—проф. И. В. Данилов)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Поздние токсикозы беременности, наблюдающиеся в 0,96% (М. И. Орлова) — 5% родов (Х. И. Штандер), в последовом и раннем послеродовом периодах часто (по данным Н. А. Чунихиной, в 11 раз чаще, чем при нормальном течении родов) осложняются кровотечением.

При кровотечении в родах на фоне позднего токсикоза беременности либо при сочетании позднего токсикоза беременности с анемией перед врачом часто встает вопрос о переливании крови. Однако показания и противопоказания к переливанию крови при поздних токсикозах беременности освещены недостаточно. Имеются только отдельные сообщения (Т. А. Корякина, 1956; О. С. Глозман, А. П. Касаткина, 1959; Е. И. Смолина, 1962).

Это побудило нас поделиться нашим опытом.

Кровь переливалась 14 женщинам 22 раза. Показаниями для переливания крови послужили: 1) кровотечение в последовом и раннем послеродовом периодах (у 12); 2) сочетание анемии с поздним токсикозом беременности (у 1); 3) кровотечение в родах и послеродовом периоде, возникшее через 30 мин после кесарева сечения (у 1).

По тяжести течения позднего токсикоза мы выделили 2 группы больных. К первой группе отнесены 5 женщин, у которых максимальное АД было до 150 мм, содержание белка в моче до 1% и отеки нижних конечностей, ко второй группе — 9 женщин. Максимальное АД у них было 170—180, содержание белка в моче до 3%, отеки 2—3 степени. В эту группу включены 2 женщины с преэклампсией.

Всем роженицам, поступающим в родильное отделение, мы проводим пробу со сгустком крови. Из локтевой вены берется 3—5 мл крови. При нормальном свертывании крови обычно через несколько минут образуется прочный сгусток, который не изменяется в течение длительного времени. При значительном снижении фибриногена в крови или его отсутствии сгусток не образуется, а если и образуется, то легко разжижается и даже растворяется. Результат читается через 10—30 мин, а затем через