

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

2 часа. Оставшаяся сыворотка используется для определения индивидуальной совместимости реципиента и донора в случае переливания крови.

При кровотечениях, особенно на фоне позднего токсикоза беременности, широко применяется введение 10% желатина, 1% протамина-сульфата, переливание сухой плазмы.

Женщины, страдающие поздним токсикозом беременности, весьма чувствительны к потере крови, что отмечается многими авторами.

При развитии коллапса приходится использовать весь комплекс показанных мероприятий, вплоть до внутриартериального нагнетания крови. Приводим соответствующее наблюдение.

Роженица Д., 22 лет, поступила для проведения срочных родов 16/XII-62 г. Последние крови 14/III-62 г. Беременность вторая, первая закончилась абортom в 1960 г. Кровь Rh (+), RW отрицательная.

Легкая пастозность стоп и голени. АД — 130/90. В моче — следы белка.

Диагноз: Роды срочные, первый период, раннее отхождение вод, нефропатия I ст.

К концу первого периода и в потугах АД — 150/120. В моче белок до 0,26%.

Роженица жалоб не предъявляет.

После рождения послeда при АД 150/120 рoдильница жалуется на головокружение, мелькание мушек перед глазами, слабость. Кровопотеря 250 мл. Дно матки на 4 поперечных пальца выше лона, плотное, седловидной формы.

Расценив эти явления как преэклампсию, врач под эфирным наркозом ввел подкожно дибазол и начал магниезальную терапию по Бровкину. АД снизилось до 120/100. Пульс — 100—120, ритмичен, но малого наполнения. Родильница продолжает жаловаться на головокружение, слабость, мелькание «мушек» перед глазами. Обращали на себя внимание расплывчатые контуры матки, частый пульс малого наполнения при отсутствии наружного кровотечения. Круговыми движениями в области пупка и несколько выше (предполагаемый уровень стояния дна матки) вызвать сокращение матки не удается, имеется болезненность справа, ниже пупка. Для исключения неполного разрыва матки под глубоким эфирным наркозом произведено ручное обследование полости матки. Разрыв матки не обнаружен, удалены сгустки крови (около 500 мл) и кусочки ткани, напоминающей плацентарную. Кровотечения нет. К концу ручного обследования полости матки АД упало до 80/40, а затем до 50/40. Срочно на фоне введения сердечных средств, внутривенного введения 5% раствора глюкозы (500 мл) произведено нагнетание 225 мл крови в правую бедренную артерию пункцией через кожные покровы. Состояние заметно улучшилось, АД — 100/80, пульс — 116, достаточного наполнения. На второй день после родов АД — 120/80. Белок в моче исчез на третий день после родов. В послеродовом периоде наблюдалась субинволюция матки.

При сочетании позднего токсикоза беременности с анемией в следующем наблюдении роды нами велись под защитой капельного переливания крови.

Беременная М., 26 лет, поступила в палату патологии беременности 29/XII-62 г. с диагнозом «беременность 37—38 недель, нефропатия беременных I ст., варикозное расширение вен нижних конечностей и наружных половых органов, анемия». Последние крови 10/III-62 г. Беременность вторая, первая закончилась нормальными родами в 1961 г. Кровь Rh⁺. RW отрицательная. Гем. — 31 ед. Э. — 2 000 000, ц. п. — 0,7. РОЭ — 23 мм/час. Кожные покровы и видимые слизистые бледны, с иктеричным оттенком. Лицо отечное. На ногах отеки, варикозное расширение вен правой ноги и вульвы. АД — 140/90.

Удельный вес мочи — 1011, белок — 0,16%, в осадке: лейкоциты 5—6, в поле зрения эритроциты свежие, единичные.

1/I-63 г. капельно перелито 150 мл эритроцитарной массы. Реакции не было. Через 4 часа после переливания крови появилась выраженная родовая деятельность. В родах АД поднялось до 150/110. Жалоб роженица не предъявляла. Роды решено вести под защитой капельного переливания крови, начать профилактику кровотечения с третьего периода родов. Перелито капельно 225 мл крови. Роды велись под пережающим эфирным наркозом, так как к концу первого периода родов АД стало 160/110. Жалоб роженица по-прежнему не предъявляла. Кровопотеря в родах — 100 мл. АД на второй день после родов — 120/90.

Гем. — 49 ед., Э. — 2 510 000, Л. — 12250, ц. п. — 0,9, РОЭ — 20 мм/час.

Удельный вес мочи — 1018, белка нет. В осадке лейкоциты 3—5 в поле зрения. Выписана на 11-й день после родов.

Колебания АД у женщины до родов составляли: а) в первой группе — максимального — в пределах 150—130, минимального — 100—90; б) во второй группе — максимального — в пределах 180—160, минимального — 130—100.

При кровотечении мы наблюдали значительное снижение АД. Колебания максимального АД в первой группе были в пределах 110—80, минимального — 80—50, а во второй группе — максимального — 130—60, минимального — 80—40. Такое значительное снижение АД мы объясняем не только освобождением матки от содержимого (плода и послeда), но и повышенной чувствительностью женщины, страдающих поздним токсикозом беременности, к кровопотере.

Переливание крови производилось при кровопотере 600—800 мл, а у 3 женщин при кровопотере 200—400 мл, что зависело от их общего состояния. При переливании восстанавливалось около $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ потерянной крови, остальное количество замещалось 5% раствором глюкозы и другими кровезамещающими жидкостями. Все женщины выведены из тяжелого состояния.

В послеродовом периоде у большинства женщин АД нормализовалось к концу вторых суток после родов.

В моче белок исчезал или содержание его резко уменьшалось, обычно на третий день после родов, у 3 женщин слабые следы белка определялись до 7—8 дня.

Анализ наших наблюдений позволяет прийти к таким выводам: 1) переливание крови, произведенное при позднем токсикозе беременности как во время беременности, так и в родах, не осложняет течения позднего токсикоза беременности; 2) при позднем токсикозе беременности можно рекомендовать переливание крови при кровотечениях в родах и для лечения анемии, сочетающейся с поздним токсикозом беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакиева Р. Г. Функциональное состояние сосудистой системы при позднем токсикозе беременных. Автореф. докт. дисс., Казань, 1961. — 2. Бодяжина В. И. и Чижикова Л. Л. Тез. докл. I съезда акуш. и гинек. РСФСР, Л., 1960. — 3. Волков Я. Н., Любимов Н. И., Покровский В. А. Акуш. и гинек., 1952, 2. — 4. Глоzman О. С., Касаткина А. П. Современные методы активной терапии острых токсикозов. Медгиз, М., 1959. — 5. Кошкина С. И. Акуш. и гинек., 1961, 2. — 6. Корякина Т. А. Здравooхр. Казахстана, 1956, 11. — 7. Лиходаева Л. Л. Акуш. и гинек., 1961, 2. — 8. Николаев А. П. Практическое акушерство, 1958, Киев. — 9. Пинкус С. Ш. Акуш. и гинек. 1961, 2. — 10. Персианинов Л. С. Там же, 1962, 6. — 11. Порай-Кошич К. В. Там же, 1961, 6. — 12. Смолина Е. И. Там же, 1962, 6. — 13. Сыроватко Ф. А. Там же, 1955, 2. — 14. Чунихина Н. А. Тез. докл. 13 научн. конф. Ленинградского мед. ин-та, 1959.

Поступила 19 февраля 1963 г.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИИ ПО Ф. М. АЛИ-ЗАДЕ ПРИ РЕЗУС-КОНФЛИКТНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Асп. Б. Г. Садыков

1-я кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. П. В. Маненков) и кафедра патологической физиологии (зав. — проф. М. А. Ерзин) Казанского медицинского института

Из существующих средств десенсибилизации при резус-конфликтной беременности в большинстве случаев применяются в различных комбинациях кислород, глюкоза, аскорбиновая кислота, витамины В₁, Е, К, препараты железа, прогестерон, ультрафиолетовое облучение, диатермия окологлопочечной области, еженедельное введение резус-отрицательной крови, частичное обменное переливание крови, кровопускание небольшими порциями, введение гамма-глобулина, дача печени и творога. Несмотря на такое большое количество использованных средств, поиски и оценка новых методов продолжают.

Наше внимание привлек метод Ф. М. Али-Заде. Отсутствие сообщений об этом методе в доступной нам литературе, а также весьма хорошие результаты, полученные самим Ф. М. Али-Заде, побудили нас к применению данного метода.

Метод предусматривает два этапа. Первый проводится вне беременности у резус-сенсibilизированных женщин с наличием в сыворотке крови резус-антител. Он осуществляется плазмофорезом с аутореинфузией эритроцитарной массы от трех до восьми сеансов. Задача — удалить из организма антитела и инактивировать оставшиеся в организме антитела до степени их неопределяемости. II этап лечения проводится при наступлении беременности и преследует цель предупредить развитие изоммунных антител и оградить плод от вредного воздействия последних. Лечение состоит из четырех курсов с перерывами в 20—30 дней. Применяются внутримышечные введения: гамма-глобулина по 3 мл каждые 5 дней 3—4 инъекции; витамина Е по 1 мл (по 100 мг -токоферола) через день 10—15 инъекций; витамина В₁—5% по 1 мл ежедневно 10—15 инъекций и витамина С—5% по 5 мл ежедневно 10—15 инъекций. Во втором курсе уменьшается только число инъекций витамина Е