

РОСТ РОЖЕНИЦЫ И ВЕЛИЧИНА КРОВОПОТЕРИ В ПОСЛЕДОВОМ И РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДАХ

В. В. Давыдов

*Свердловский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества
Минздрава РСФСР*

Научный руководитель работы — проф. П. В. Маненков

Согласно классификации проф. И. Ф. Жорданиа следует считать физиологической кровопотерю, не превышающую 250 мл; кровопотерю свыше 250 и ниже 400 мл следует рассматривать как пограничную между физиологией и патологией, причем действия врача в этих случаях должны быть такими же, как при патологическом кровотечении.

В работах как отечественных, так и зарубежных авторов, занимавшихся изучением вопроса о физиологической кровопотере в третьем периоде родов и в раннем послеродовом периоде, мы не нашли каких-либо указаний о величине физиологической кровопотери при нормальных родах у женщин различного роста. Это и побудило нас подвергнуть анализу наш материал в этом аспекте.

Проф. Н. П. Лебедев при определении физиологической кровопотери в последовом и раннем послеродовом периодах придавал определенное значение весу роженицы, считая физиологической только такую кровопотерю, которая не превышает 0,5% веса тела роженицы. Этим самым он как бы признавал, что абсолютная цифра кровопотери в миллилитрах не всегда имеет одно и то же значение. Нам кажется, что такое определение физиологической кровопотери является более верным, чем измеряемое в миллилитрах. По нашему мнению, оно станет еще ближе к истине, если за основу взять не вес тела роженицы, а ее рост, как величину более постоянную.

Для подтверждения наших высказываний мы изучили 2450 родов с физиологической кровопотерей (профилактика кровотечения не проводилась). Полученные данные мы подвергли обработке методом вариационной статистики.

Кровопотеря в последовом и раннем послеродовом периодах у рожениц тем больше, чем выше рост роженицы и больше ее вес. Так, у рожениц низкого роста при среднем весе 54,3 кг кровопотеря составила в среднем 185,5 мл, а у рожениц ниже среднего роста при среднем весе 60,2 кг — 213,5 мл. У рожениц среднего роста при среднем весе в 61,8 кг кровопотеря составила в среднем 276,5 мл, а у рожениц выше среднего роста при среднем весе 74,4 кг — 287 мл. И, наконец, у рожениц высокого роста при среднем весе 79,4 кг кровопотеря достигла 340 мл.

Таким образом выявляется определенная статистически достоверная закономерность ($t > 3$): с нарастанием роста и веса роженицы увеличивается средний уровень кровопотери в последовом и раннем послеродовом периодах.

Наши данные полностью подтверждают мысль, высказанную проф. Н. П. Лебедевым (1955), что при определении физиологической кровопотери следует учитывать вес роженицы. К этому надо добавить и необходимость учета ее роста. При таком подходе к определению кровопотери в последовом и раннем послеродовом периодах отпадает нужда в целом ряде излишних мероприятий, порой небезопасных для жизни роженицы (введение внутривенно сокращающих матку веществ и вхождение в матку рукой или кюреткой).

УДК 616--006—618.1—616—0

ТЕПЛОВАЯ КОАГУЛЯЦИЯ ПЛАЗМЫ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ

(Предварительное сообщение)

В. Н. Савицкий и О. Ц. Ким

*Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — проф. В. Н. Савицкий) Киевского
ГИДУВа на базе Киевской областной клинической больницы (главрач — Б. И. Денисюк)*

Описанные в руководствах признаки злокачественного поражения яичника клинического порядка относятся к тем стадиям, когда оперативная или консервативная терапия в большинстве случаев оказывается неэффективной. Что же касается началь-