

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. Жордана 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. Де-
нисюк)*

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

ных стадий поражения, то для их выявления требуется исключительная квалификация и опытность врача.

В последнее время исследователи обращают особое внимание на изменения, происходящие при раковых поражениях в сыворотке крови [7 и др.] и плазме крови [3, 6 и др.]. Работы группы авторов, изучающих плазму крови, свидетельствуют о том, что кровь раковых больных обладает более высокой способностью коагуляции по сравнению с плазмой крови других больных.

Ознакомившись с этими сообщениями, мы в порядке клинического наблюдения исследовали тепловую коагуляцию плазмы крови (по методике Н. П. Обельницкого) у 164 больных, страдавших различными опухолями матки и придатков.

Кровь брали из вены утром, натощак, в количестве 5—6 мл в пробирку, содержащую 0,02 г щавелевокислого натрия. Пробу ставили в холодную воду и не позже, чем через час, центрифугировали в течение 20 мин. (при 2 500 об./мин.). 1 мл плазмы переносили в пробирку для фотометрирования. В эту же пробирку добавляли 4 мл свежеприготовленной дистиллированной воды; смесь оставляли на 10 мин., после чего пробирку переносили в фотометр (типа ФЭК) и измеряли оптическую плотность раствора. Затем пробирку закрывали пробкой и опускали на 10 сек. в кипящую водяную баню, погружая на $\frac{3}{4}$, и вторично ставили в фотометр. Разность величин, получаемых до и после прогревания плазмы крови, служит показателем тепловой коагуляции (ПТК). Результаты отображены в табл. 1.

Таблица 1

Заболевание	Всего больных	Число больных, у которых ПТК равнялось		
		от 6 до 10	от 11 и выше	
Доброкачественные процессы	Кистомы яичников	39	34	5
	Опухоли придатков воспалительного происхождения	12	7	5
	Фибромиома матки	33	26	7
Злокачественные опухоли	Рак шейки матки	31	8	23
	Рак тела матки	9	3	6
	Кистомы яичников, злокачественно перерожденные	40	12	28

Наши исследования показывают, что у нераковых больных величина ПТК лежит в пределах от 6 до 10, величина же ПТК от 11 и выше уже должна вызывать определенную настороженность в смысле возможности злокачественности процесса. Вопрос о его наличии может быть решен только в комплексе с полным клиническим обследованием больного.

Мы не можем согласиться с теми авторами, которые утверждают, что ПТК в пределах от 12 до 14 говорит о наличии предракового процесса (Я. П. Обельницкий). Обращает на себя внимание также сравнительно высокий процент больных с ПТК от 11 и выше при опухолях придатков воспалительного происхождения (41,7%). Имеются указания, что беременность в последнем месяце ее также дает высокий процент ПТК (Я. П. Обельницкий).

Мы далеки от мысли приписывать ПТК специфическое значение, но все же полагаем, что в общем комплексе применяемых исследований клинко-лабораторного порядка при установлении природы опухоли эта реакция имеет определенное значение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воскресенский И. А. Акуш. и гинек., 1959, 2. — 2. Краевская И. С. Рак яичников. Медгиз, М., 1960. — 3. Обельницкий Я. П. Журн. Всесоюзного хим. общества им. Д. И. Менделеева, 1961, 4. — 4. Винцлер Р. Успехи в изучении рака. Том 1, ИЛ, 1965. — 5. Диксон М., Уэбб Э. Ферменты. ИЛ, 1965. — 6. Black M. M. a. o. Z. Krebsforsch., 1948, 8, 78. — 7. Glasse G. Presse. med., 1940, 48, 51.