

1. Адо А. Д., Ерзин М. А. Бюлл. exper. биол. и мед., 1938, т. VI, в. 4. — 2. Биклемишев Н. Д. Кортизон и его производные. Изд-во АН Казахск. ССР, Алма-Ата, 1963. — 3. Бушмакина М. П., Пигалев И. А. Арх. биол. наук, 1928, т. 28, в. 3. — 4. Виккер М. М. Острый живот. Неотложная диагностика и врачебная тактика при острых брюшных заболеваниях. Ростиздат, 1946. — 5. Вихерт А. М. Арх. патол., 1961, 5. — 6. Гафуров Х. Г. Разлитой гнойный перитонит. Госиздат УзССР, Ташкент, 1957. — 7. Ерзин М. А. Сб. тр. каф. патофизиологии Казанского мед. ин-та, Казань, 1947. — 8. Жаков М. С. Патофизиология симпатических ганглиев при экспериментальном перитоните у животных без применения и с применением новокаиновой блокады чревных нервов. Автореф. канд. дисс., Казань, 1954. — 9. Заблудовский А. М. Вестн. сов. мед., 1928, 17. — 10. Катеринич Н. Т. Сб. раб. эвакогоспиталей и каф. общей хирургии, Иркутск, 1948. — 11. Крымский А. Д., Учитель И. Я. Экспер. хир., 1959, 3. — 12. Левит В. С. Тр. Всеросс. съезда хирургов. Медгиз, Л., 1959. — 13. Маненков П. В. Казанский мед. ж., 1929, т. XXV. — 14. Мишер П., Форлендер К. О. Иммунопатология в клинике и эксперименте и проблема аутоантител. Медгиз, М., 1963. — 15. Надеин А. П. Врач. газета, 1931, 2. — 16. Оппель В. Я. Летопись русск. хирургии, 1900, т. V, кн. 4. — 17. Пулатов А. Т. Функция коры надпочечников при хирургических вмешательствах. Медицина, Л., 1965. — 18. Рубинштейн Б. Г. Врач. дело, 1936, 6. — 19. Салихов И. А. Казанский мед. ж., 1960, 2. — 20. Сельцовский П. Л. Тез. докл. I Всеросс. съезда хирургов, Л., 1958. — 21. Федоров С. П. Хирургия, 1901, 9. — 22. Черниговский В. Н. Физиол. ж. СССР, 1940, т. XXIX. — 23. Чижев И. И. В кн.: II съезд хирургов Северо-Кавказского края. Ростов-на-Дону, 1927. — 24. Шамов В. Н. Новый хир. арх., 1937, кн. 1—2. — 25. Шлапоберский В. Я. Острые гнойные перитониты. Медгиз, М., 1958. — 26. Шагина М. Д. Изменения автономной нервной системы в кишечнике, брыжейке, в солнечном сплетении и брюшине при общих перитонитах. Автореф. канд. дисс., Казань, 1946. — 27. Яковлева А. И. Гистохимия в фармакологии. Медицина, М., 1964. — 28. Giraud A., Leblond C. Nature, 1936, 138. — 29. Havlicek. Verh. dtsh. Ges. Kreisf.-Forsch., 1935, 8. — 30. Ross F. P., Zarem H. A., Morgan A. P. Arch. Surg., 1962, 85. — 31. Szent-Cyorggi. Biochem. Z., 1927, 181. — 32. Vegner G. Virchows Arch., 1876, 20.

УДК 618.3—008.6—616.12—008.331.1—618.7—005.1

КРОВОТЕЧЕНИЯ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПОЗДНИХ ТОКСИКОЗАХ С ГИПЕРТЕНЗИОННЫМ СИНДРОМОМ

С. Л. Ващилко

*Кафедра акушерства и гинекологии (зав.—доц. В. С. Ракуть) Гродненского
медицинского института*

Исследования последних лет показали, что у женщин с поздними токсикозами беременности довольно часто возникают кровотечения во время родов.

А. Я. Дульцин (1963), В. И. Бодяжина и Л. Л. Чижикова связывают их с применением сернокислого магния. В связи с этим взамен магниальной терапии предложены другие методы лечения поздних токсикозов. М. В. Могилев (1959) рекомендует лечение новокаином.

В акушерской клинике Гродненского медицинского института за 1962—1964 гг. на 7090 родов поздние токсикозы с гипертензивным синдромом наблюдались у 589 (8,3%) женщин, нефропатия на фоне гипертонической болезни — у 58 (0,8%), преэклампсия — у 42 (0,59%), эклампсия — у 12 (0,16%), функциональные гипертензии в родах — у 195 (2,75%).

Кровотечения были у 194 из 784 женщин с гипертензивным синдромом (24,48%): в I периоде родов (преждевременная отслойка плаценты) — у 4 (0,51%), в последовом и раннем послеродовом периоде — у 188 (23,97%), в позднем послеродовом периоде — у 2 (0,25%).

Сравнительные данные общей частоты кровотечений у женщин с поздними токсикозами в зависимости от метода лечения приведены в табл. 1.

Приведенные цифры показывают существенную разницу в проценте кровотечений при применении сернокислого магния и комплексной терапии с введением новокаина при поздних токсикозах беременных.

Таблица 1

Период возникновения кровотечений	Частота кровотечений, %	
	при лечении сернокислой магнезией Н. Н. Савицкий, 1965	при лечении новокаином (наши данные)
Роды	0,97	0,51
Последовый и ранний послеродовой период	41,74	23,97
Поздний послеродовой период	0,24	0,25

Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах наиболее часто возникали при нефропатии на фоне гипертонической болезни (сочетанный токсикоз) и при нефропатии (чистый токсикоз).

При повышении АД только в родах (функциональные гипертензии) кровотечения встречались в 2 раза реже, чем при поздних токсикозах.

Нефропатия на фоне гипертонической болезни наиболее часто осложнялась атоническими и гипотоническими кровотечениями. При функциональных гипертензиях в родах гипотоническое кровотечение наблюдалось у 1 (0,51%) родильницы.

Кровопотеря от 800 до 1000 мл отмечена при нефропатии в 1,83%, при гипертензии беременных — в 2,86% и при гипертонической болезни — в 4,0%, при функциональных же гипертензиях в родах кровопотеря выше 800 мл не зафиксировано. Массивные кровопотери выше 1000 мл были только у 4 (0,68%) женщин при нефропатии и гипертензии беременных.

Известно, что у больных с поздними токсикозами имеется лабильность сосудов, и даже незначительная кровопотеря может вызвать у них тяжелые гемодинамические нарушения. В раннем послеродовом периоде (и нередко сразу после рождения плода) благодаря рефлекторным воздействиям, снижению внутриматочного (внутрибрюшного) давления и перераспределению крови между «паретическим» руслом брюшной полости и остальными отделами сердечно-сосудистой системы может наступить нарушение гемодинамики с острой сосудистой недостаточностью. Частота коллапса при поздних токсикозах по данным различных авторов составляет 7,21 (Р. Г. Бакиева) — 10,4 (Н. Н. Савицкий) — 10,7% (Я. Е. Кривицкий и Т. Ф. Барак). Польский акушер Ю. Серошевский (1960) сообщает, что беременность, осложненная поздним токсикозом, в 10% способствует возникновению шока в родах. Мы наблюдали геморрагический коллапс при поздних токсикозах у 29 (4,92%) женщин, наиболее часто — при нефропатии (у 23, из них у 17 первородящих и у 6 повторнородящих), при нефропатии на фоне гипертонической болезни (у 3), при гипертензии беременных (у 3). При функциональных же гипертензиях в родах в последовом и раннем послеродовом периодах у курируемых нами женщин коллапса не было.

В нашей клинике при каждых осложненных родах и оперативных вмешательствах проводятся обязательные мероприятия, предупреждающие нарушения гемодинамики и кровотечение. Таким основным мероприятием является капельное внутривенное вливание 0,25% новокаина и 5% глюкозы.

При поздних токсикозах при больших потерях крови не было необходимости прибегать ни к надвлагалищной ампутации матки, ни к перевязке сосудов, ни к внутриартериальному нагнетанию крови.

Гемотрансфузия при кровотечениях применена у 41 (6,96%) женщины, из них у 33 (9,07%) первородящих и у 8 (3,5%) повторнородящих. При функциональных гипертензиях в родах и кровотечениях в последовом и послеродовом периодах необходимости в гемотрансфузии не возникало.

При акушерских вмешательствах у рожениц, оперированных под внутривенным непрерывным капельным вливанием новокаина, показатели гемодинамики оставались более стабильными во время операции, несмотря на имевшиеся у них значительные начальные изменения гемодинамики, особенно тонуса сосудов и вазомоторной лабильности, выявленные еще до акушерского вмешательства методом сфигмомонографии В. А. Зарубина и осциллографии.

Доза 0,25% раствора новокаина, вводимого внутривенно капельно (30—40 капель в 1 мин.), колебалась от 100 до 300 мл и более (в зависимости от состояния больной, характера и продолжительности операции). Внутривенное капельное вливание новокаина чередовалось с вливанием 5% глюкозы (100—150 мл). При значительных кровопотерях введение новокаина должно сопровождаться трансфузией крови или плазмы и оксигенотерапией.

Нередко, особенно при тяжелых формах токсикоза, в послеродовом периоде (даже через несколько суток после родов) сохраняется еще нарушение тонуса сосудов, а минутный объем, вычисленный по формуле Старра, удерживается на высоком уровне за счет учащения сердечного ритма.

Оксигенотерапия обладает большой эффективностью, особенно когда она продол-

жительно применяется с большой концентрацией кислорода в газовой смеси (40—50% и более). Оксигенотерапия призвана не только уменьшить кровопотерю в III периоде, но и предупредить сосудистую недостаточность.

ВЫВОДЫ

1. Кровотечения (преимущественно атонические и гипотонические) в последовом и раннем послеродовом периодах при поздних токсикозах встречаются еще довольно часто: при нефропатии на фоне гипертонической болезни — в 29,31%, при нефропатии — в 27,52%.

2. Коллапс при поздних токсикозах в связи с кровопотерей в последовом и раннем послеродовом периодах наблюдался в 4,92%; после применения внутривенного капельного вливания новокаина коллапс проявляется в легкой степени.

3. При поздних токсикозах, особенно при оперативных вмешательствах, роды необходимо проводить под прикрытием капельного внутривенного введения 0,25% раствора новокаина и 5% раствора глюкозы. Самого большого внимания требует III период родов, при котором чаще возникают кровотечения и коллапс.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакиева Р. Г. Функциональное состояние сосудистой системы при поздних токсикозах беременных. Автореф. докт. дисс., Омск, 1960. — 2. Бодяжина В. И., Чижилова Л. Л. Сов. мед., 1960, 7. — 3. Бакиев Н. С. Тез. докл. I научн. конф. акушеров-гинекологов Грузинской ССР, 22—25/XI 1961, Тбилиси. — 4. Дульцин А. Л. Тр. XI Всесоюзн. съезда акушеров и гинекологов, 1963. — 5. Зарубин В. А. Врач. дело, 1959, 10. — 6. Завирович А. А. В кн.: Материалы Гродненской областной конференции по переливанию крови. Минск, 1967. — 7. Кривицкий Я. Е., Барах Т. Ф. Сов. мед., 1960, 7. — 8. Матвеева В. Ф.; Никольская А. А., Шафир М. М. Тез. докл. II Всесоюзн. съезда акушеров и гинекологов. М., 1963. — 9. Серошевский Ю., Пайщик Г. и Кешкевич Е. Акуш. и гинек., 1960, 1. — 10. Могилев М. В. Там же, 1959, 6. — 11. Персанинов Л. С. В кн.: Акушерский семинар. Минск, 1960, 2. — 12. Савицкий Н. Н. Сов. мед., 1965, 9.

УДК 618.2—612.115—618.46— 611.664

ГЕМОКОАГУЛИРУЮЩИЕ ФЕРМЕНТЫ ДЕЦИДУАЛЬНОЙ ОБОЛОЧКИ И МИОМЕТРИЯ

В. П. Скипетров

*Кафедра нормальной физиологии (зав.— доктор мед. наук В. П. Скипетров)
Семипалатинского медицинского института*

Разрыв сосудов маточно-плацентарной площадки и возникновение большой раневой поверхности при отделении последа создают в организме чрезвычайные условия для гемостаза. Потеря при нормальных родах всего 50—250 мл крови свидетельствует о необыкновенно эффективных механизмах остановки послеродового кровотечения, которые, согласно современным представлениям, обеспечиваются 2 факторами — сокращением мускулатуры матки (миотампонада) и тромбообразованием в сосудах плацентарной площадки (тромботампонада). Несмотря на то, что свертывание крови рассматривается как один из основных механизмов послеродового гемостаза, процесс гемокоагуляции в матке изучен довольно мало. Между тем скорость свертывания крови на плацентарной площадке зависит, очевидно, от гемокоагулирующей активности децидуальной оболочки и плаценты. Однако данные литературы о влиянии этих тканей на процесс свертывания крови в целом и на отдельные его фазы отличаются немногочисленностью и разноречивостью, что и явилось поводом для настоящего исследования.

Нами изучены гемокоагулирующие и фибринолитические свойства 145 плацент, взятых после срочных родов, 12 образцов миометрия и 10 проб децидуа, взятых при кесаревом сечении в конце беременности. Кусочки тканей после тщательного и длительного отмывания от крови высушивали фильтровальной бумагой до воздушносухого состояния, гомогенизировали в 10-кратном количестве физиологического раствора и центрифугировали при 1500 об./мин. в течение 5 мин. Для исследований использовали надосадочную жидкость, которую в случае необходимости разводили в 100, 1000 и более раз. Влияние тканевых экстрактов на свертывание крови определяли общепринятыми способами. Полученные результаты обработаны методом вариационной статистики для связанных между собой величин (Е. Л. Ноткин, 1956).