

РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ, НОВАЯ АППАРАТУРА, ИНСТРУМЕНТЫ, МЕТОДЫ

ОСТАНОВКА АТОНИЧЕСКОГО ПОСЛЕРОДОВОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

«МЕТРОГЕМОСТАТОМ» В. Е. РОГОВИНА

Асп. Л. А. Козлов

Из клиники акушерства и гинекологии (зав.—проф. П. В. Маненков) Казанского медицинского института, на базе Республиканской клинической больницы (главврач—Ш. В. Бикчурин)

Борьба с послеродовым атоническим кровотечением ведется с применением механических (массаж матки, прижатие аорты, тампонада полости матки), термических (лед на область матки) и фармакологических (питутрин, эрготин и т. п.) средств, которые обычно используются в сочетании одно с другим. Когда не удается остановить кровотечение перечисленными мерами, прибегают к ампутации или экстирпации матки. Однако, своевременно произвести операцию удается не всегда, особенно в сельских условиях, вследствие чего материнская смертность от послеродовых кровотечений высока.

Все это заставляет акушеров искать новые средства борьбы с данной патологией, и каждое эффективное новшество в этом направлении должно привлекаться и широко внедряться в практику.

Одним из таких новых средств является «метрогемостат», предложенный В. Е. Роговиным и присланный для испытания Казанским медико-инструментальным заводом. Он состоит из чаши, укрепленной на металлической раме с роликами, резиновых тяг и фиксирующих ремней. Принцип действия состоит в сдавлении матки между поясничной частью позвоночника и чашей аппарата (рис. 1). Происходит «сплющивание» матки, и наступает остановка кровотечения в результате «самотампонады». Мочевой пузырь при этом должен быть пуст, полость матки не должна содержать остатков последа и сгустков крови. В. Е. Роговин применил «метрогемостат» у 110 родильниц и получил прекрасный кровоостанавливающий эффект. Никаких последствий от наложения «метрогемостата» не было.

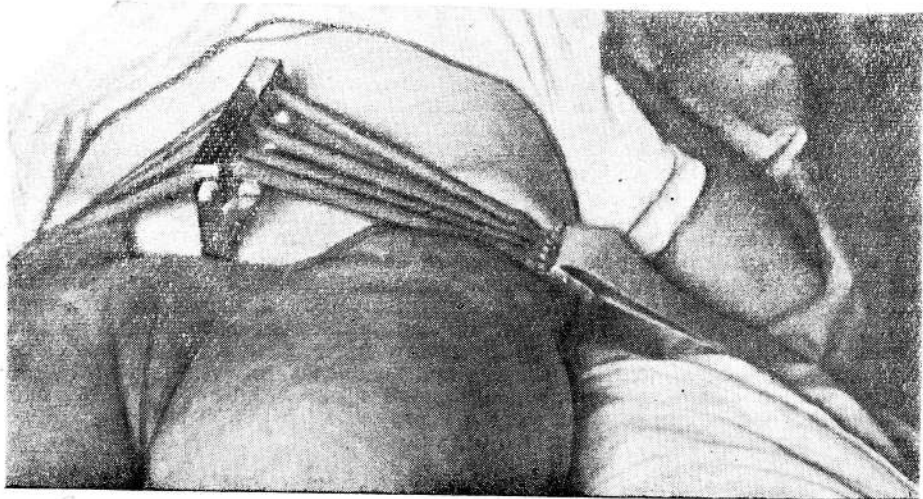


Рис. 1.

Мы применили «метрогемостат» у 35 родильниц с атоническим послеродовым кровотечением в раннем послеродовом периоде. Из них в 19 случаях «метрогемостат» наложен после безуспешной консервативной борьбы с кровотечением, в 6 — сочетался с введением средств, сокращающих матку, и в 10 — применялся только один «метрогемостат». У 33 родильниц получен хороший кровоостанавливающий эффект: у 20 — кровотечение прекратилось совершенно, сразу после наложения аппарата, а у 13 за время стояния «метрогемостата» (от 30 мин до 1,5 часов) выделилось крови от

30 до 150 мл, но после снятия аппарата кровотечение не возобновилось. В двух случаях, вследствие неправильного наложения «метрогемостата», кровотечение не было остановлено.

Особенно хорошо заметен кровоостанавливающий эффект там, где применяемые до этого меры были безуспешны. Вот один из таких случаев.

И. П., 29 лет, вторые срочные роды. Послед при ясных признаках отделения выделен способом Абуладзе целым, матка сократилась, кровопотеря — 250 мл. Через 20 мин началось кровотечение. Несмотря на массаж, подкожное введение 2 мл питунтрина, 1 мл эрготина, применение холода, матка не сокращалась, и родильница дополнительно потеряла 650 мл крови. Наложен «метрогемостат», кровотечение тотчас прекратилось. Через час «метрогемостат» снят, матка плотная, кровотечения нет. Послеродовый период — без осложнений.

Хороший кровоостанавливающий эффект получается только при правильном наложении «метрогемостата». В этом убеждает следующий случай:

И. Д., 36 лет, беременность шестнадцатая, роды пятые; закончились рождением девочки весом 4600 г. Через 15 мин, из-за начавшегося кровотечения, послед при ясных признаках отделения выжат по Лазаревичу — Креде целым. Тут же применен массаж, положен лед на нижнюю часть живота, введено 2 мл питунтрина, 1 мл эрготина. Кровотечение продолжается. При кровопотере 400 мл наложен «метрогемостат», но кровотечение продолжается. Обнаружено неплотное прижатие матки чашей «метрогемостата», который снят (выжаты сгустки крови) и снова наложен. Кровотечение прекратилось. Через 1 час 10 мин «метрогемостат» снят, за это время выделено всего 50 мл темного цвета крови. Матка плотная, кровотечения нет. Послеродовый период протекал без осложнений.

При применении «метрогемостата» только 6 родильниц отмечали неприятные ощущения от давления чаши аппарата, сильного натяжения кожи на лобке и сдавления ее резиновыми тягами на боковых поверхностях живота (у полных женщин). В послеродовом периоде у одной родильницы возникла ложиометра.

Отмечая хорошую остановку кровотечения наложением «метрогемостата», можно уверенно сказать, что этот аппарат займет прочное место в акушерской практике, особенно в сельских условиях.

Наряду с этим, мы установили следующее:

1. В большинстве случаев не удавалось прижать матку строго к позвоночнику, как рекомендуется в инструкции, так как матка «соскальзывала» с него в правую или левую половину живота. Однако, это не препятствовало хорошему прижатию матки и остановке кровотечения, только при этом чаша «метрогемостата» располагалась не по средней линии, а отклонялась несколько вправо или влево.

2. Иногда, даже при соблюдении родильницей полного покоя, происходит смещение чаши вверх, вниз или в бок. Пальпируя дно матки, мы установили связь смещения чаши с сильными сокращениями матки. Пока матка расслаблена, давление равномерно распределяется на всю ее поверхность. При сильном сокращении матки уменьшается в поперечнике и увеличивается в передне-заднем направлении. Создается неустойчивое положение чаши, и она отклоняется туда, где сильнее натяжение резиновых тяг. Смещением тяг этот недостаток устраняется.

3. Фиксирующие ремни сделаны из плотной резины. При сильном натяжении они истончаются и скользят в замке, вследствие чего сила прижатия матки уменьшается, и требуется повторное их натяжение.

4. Крючки фиксирующих ремней имеют небольшую кривизну, поэтому при сильных натяжениях, зачастую, происходит их соскальзывание с перекладины родильного стола.

«Метрогемостат» В. Е. Роговина, как показывает наш небольшой опыт, весьма эффективен в борьбе с атоническим послеродовым кровотечением, и широкое его производство и внедрение в акушерскую практику следует приветствовать.

Поступила 11 июля 1959 г.

К МЕТОДИКЕ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ И КРОВЕЗАМЕЩАЮЩИХ ЖИДКОСТЕЙ

К. С. Фаттахов

Из клиники неотложной хирургии (зав.— проф. П. В. Кравченко) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и отделения неотложной хирургии 5-й городской клинической больницы (главврач — Н. И. Полозова)

Противошоковые мероприятия находят наиболее широкое применение в практике неотложной хирургии.

Быстрейшее выведение больного из шока до операции, предотвращение его повторения во время операции и после нее требуют энергичных мер. Так как одним из наиболее эффективных противошоковых средств является переливание крови и за-