

В. Е. ШИПОВА

## К вопросу о лечении септического аборта

Из акушерско-гинекологической клиники Казанского ГИДУВ (директор проф. И. Ф. Козлов) и Вахтангской больницы Горьковской области (зав. В. Е. Шипова)

Вопрос о способах лечения септического аборта остается до сих пор спорным. Одна часть видных авторов высказывается за активный метод (Кюстнер, Бумм, Коробицин, Чинный и др.), другие не менее авторитетные представители акушерской клиники, выступают за консервативный (Опиц, Груздев, Козлов, Гентер и др.). Каждый автор подтверждает свой взгляд соображениями теоретического, клинического и статистического порядка. Гальбан и Зайц считают, что активный метод лечения при септическом аборте ведет к нарушению грануляционного вала в матке и распространению процесса за пределы матки. При консервативном методе лечения они не наблюдали повышения вирулентности микробов, а наоборот, на 10—12-й день выжидания отмечали исчезновение гемолитического стрептококка в выделениях женщины. Анемиию при консервативном методе эти авторы приписывают не вагинальному кровотечению, а самой инфекции. Проф. Скробанский также считает опасным нарушение грануляционного вала при активном методе лечения. Штеккель указывает, что при активном методе лечения происходит втирание инфекции в сосуды как кровеносные, так и лимфатические. Скульский полагает, что при нарушении грануляционного вала распространение инфекции идет по сосудам и не исключена бывает возможность возникновения септикопиемии, тогда как при консервативном методе распространение процесса чаще происходит по лимфатическим сосудам с возникновением пери-и параметритов.

Сторонники активного метода также обосновывают свои взгляды рядом соображений. Так, Кюстнер показал рядом экспериментальных работ, что в присутствии гниющих веществ авирулентные микробы приобретают свойства вирулентности.

Коробицин на съезде в 1929 г. отмечает, что пригодность каждого метода вытекает из 3 моментов: доказательства целесообразности данного метода, критика возражений, которые приводит противник данного метода, и подсчет получаемых результатов. Коробицин считает активный метод целесообразным, так как при данном методе происходит раннее удаление инфицированного начала, что избавляет организм от ослабления иммунных свойств, вследствие токсемии, и от ослабления вследствие длительных кровопотерь. Клинически данный метод дает более быстрое выздоровление. Коробицин опровергает возражение противника о нарушении грануляционного вала при выскабливании, так как образование последнего происходит в базальном слое слизистой и верхних частях мышечной стенки, а отторжение слизистой при осторожном и умелом выскабливании происходит на границе базального и функционального слоя. Свое заключение автор подтверждает рядом патолого-анатомических исследований. На основании своего опыта он полагает, что инфицирование через вскры-

тие сосудов также не доказательно, так как после выскабливания отмечается сокращение сосудов. Проф. Цомакион считает доводы Коробицина убедительными.

Таким образом, резюмируя взгляды всех авторов, мы видим равные доказательства преимуществ того или иного метода.

Перейду теперь к рассмотрению собственного, правда, небольшого материала своей участковой больницы за годы 1935—1938 включительно.

За это время через б-цу прошло 97 случаев лихорадящего аборта, леченного исключительно активно. Лихорадящим абортom я считала аборт, протекавший с температурой выше  $37,6^{\circ}$  при поступлении в больницу. Из 97 поступивших у 69 человек было угрожающее для жизни кровотечение при наличии признаков острого малокровия, у 5 было сильное кровотечение, потеря за час  $150-200 \text{ см}^3$  крови, у 23 было умеренное кровотечение при открытии зева на палец. Сколько дней до поступления держалась температура в том или ином случае, установить точно не удалось. По возрасту больные распределяются следующим образом: до 20 лет — 2, от 20 до 30 — 42, от 30 до 40 — 44 и старше 40 лет — 10 человек. Таким образом, преобладает возраст от 20 до 40 лет. По числу беременностей: первобеременных — 8 и повторнобеременных — 89 человек. По сроку беременности: на 2-м месяце — 26, на 3-м месяце — 58 и дольше 4 месяцев — 13 случаев. При поступлении нами отмечена следующая температура при разной длительности кровотечения:

Кровотечение дома—количество дней	Число случ.	Температура при поступлении	
		До $38^{\circ}$	более $38^{\circ}$
До 5 дней . . . . .	5	39	12
От 5 до 10 дней . . . . .	30	9	21
Больше 10 дней . . . . .	16	7	9
	97	55	42

В 81 случае пульс учащен соответственно температуре, в 17 случаях от 120 до 130 ударов в минуту.

Установлено путем анамнеза явное вмешательство в 15 случаях, которое заключалось в ведении в шейку матки полоски твердой резины или костяного наконечника, или в впрыскивании в полость матки через резиновый баллон воды с мылом или щелока.

В 96 случаях мною было применено выскабливание полости матки и в одном удалении последа корнцангом. 69 больных подверглось операции выскабливания полости матки в первый день поступления, 5 на второй день и 23 позднее, а именно: на 3—12 й день. В последних случаях, как правило, отмечалась стойкая температура до выскабливания в пределах  $37,5-38,5$ , и поводом к производству выскабливания служило усиление кровотечения. В период выжидания применялись покой, хинин и белладонна. Хотя у 28 человек выскабливание полости матки и было произведено позже дня поступления, но примененный мной способ лечения я считаю активным, так как он проводился всегда при повышенной температуре.

Падение температуры после выскабливания наступило в первый же день у 60, во 2-й — у 23 и позднее второго — у 14 больных. В последнюю группу вошли больные с беременностью больше 4 месяцев и на данную же группу пали 6 приведенных ниже случаев с осложнениями. Следует отметить зависимость течения послеабортного периода от того, сколько дней длилось у больной кровотечение до поступления в больницу. Чем больше дней прошло от начала кровотечения, до поступления в больницу, тем чаще наблюдалась более стойкая температура после выскабливания. Повидимому, здесь играло роль и ослабление организма женщины вследствие кровопотерь и большая возможность инфицирования.

У наших больных в стационаре установлены: тяжелое осложнение — 1 случай (септикопиемии), окончившийся выздоровлением после 70-дневного течения, легкое заболевание — 1 случай (*Endometritis putrida post abortum*) с субфебрильной температурой не выше 37,5 с семидневным течением.

Однодневной лихорадки отмечено было 2 случая. Кроме того, в одном случае — малярия, давшая падение температуры после применения хинина. В другом случае, где был констатирован грипп, падение температуры наступило после дачи аспирина. Из 97 выписано на 7-й день 91 человек, после 7-го дня — 6. Среднее количество проведенных дней в стационаре — 8,5. Из 97 человек в последующем было под наблюдением путем патронажа и вызова в больницу 66 человек, 31 из-под наблюдения ушли. Из находящихся под наблюдением 4 имели жалобы на боли внизу живота и выделения, при нормальной температуре. У трех из них до выскабливания отмечалось воспалительное заболевание женской половой сферы. Данные случаи в амбулатории прошли под диагнозом *Adnexitis bilateralis subacuta post abortum*.

### Выводы

1. Сравнивая статистические материалы ряда авторов, приведенных в литературном обзоре, и свой материал, прихожу к заключению, что нет резкой разницы и увеличения смертности при активном методе по сравнению с консервативным. Процент тяжелых заболеваний (кроме смертельных осложнений) ниже при активном методе ведения. При активном методе наступает быстрое падение температуры, более быстрое выздоровление и восстановление сил организма. По разным авторам среднее количество дней пребывания в больнице при активном методе 8 и при консервативном — 12.

2. Нахожу возможным проводить активное лечение лихорадочного аборта при отсутствии явных указаний на септический осложненный аборт. При внутриматочном abortе активный метод лечения считаю методом выбора.

3. Чем раньше по сроку беременности наступает септический аборт, тем смелее (при отсутствии осложнений) можно предпочесть активный метод консервативному лечению.

4. При большом сроке беременности, при наличии явных септических процессов в клетчатке, придатках и самой матке метод лечения должен быть консервативный или консервативно-выжидательный. В таких случаях активный метод должен применяться лишь по витальным показаниям.