

Т. Н. ДРАВЕ-МОРОВА (Сызрань)

К профилактике послеродовых инфекций

Профилактика послеродовых заболеваний, нередко сопровождающих акт родов, имеет очень большое практическое значение.

В особо затруднительном положении нередко оказываются участковые врачи, когда жизнь требует от них решения таких вопросов в условиях весьма неблагоприятных и далеких от комфорта наших клиник.

Участковая практика требует максимальной простоты метода и возможной радикальности способа в борьбе с послеродовой инфекцией. Участковые врачи получают, в большинстве случаев, необработанный консультациями материал, где отдаленная профилактика чаще всего отсутствует и могут иметь место мероприятия уже только с момента наступающих, наступивших или только что окончившихся родов; это делает работу еще более напряженной и ответственной.

Наши длительные практические попытки найти пути профилактики послеродовых инфекционных заболеваний, особенно в случаях осложненных родов, и весьма ободряющие результаты, полученные нами от применения „аммаргена“, позволяют нам надеяться, несмотря на скромное количество материала, на внимание к нашему сообщению.

Начало применения нами „аммаргена“ относится к первой половине 1937 года.

В настоящей работе мы анализируем только использованные нами случаи—несомненно угрожающие, осложненные разрывами и внутриматочными манипуляциями. Весь наш материал за указанный срок содержит 22 случая. Из них: 1) ручное отделение последа—15 случ., 2) разрывы промежности 3-й степени—6 случ.; 3) поворот на ножку с последующей экстракцией за тазовый конец—1 случ.

Одиннадцать женщин из пятнадцати, перенесших ручное отделение плаценты, отмечают в анамнезе тяжелые гинекологические заболевания и три пациентки, из подвергавшихся наложению швов, заявили об имевшихся в прошлом женских болезнях. Кроме того у женщин, подвергавшихся ручному отделению последа, последний коитус отмечен в большинстве случаев за 4—24 часа и до 6 дней до родов, и только в двух случаях зарегистрирован последний коитус 2-недельной давности. Разрывы отмечены преимущественно у первородящих (5 из 6), тогда как приращение последа имело место большей частью у повторнородящих (11 человек из пятнадцати). Во всех случаях с профилактической целью, после вмешательства, нами применялся „аммарген“, и ни у одной больной мы не наблюдали даже кратковременного, сколько-нибудь значительного, повышения температуры. Максимальная температура (не считая повышений

сразу после родов) не превышала 37,4°, при нормальной температуре утром. Впрочем и такая температура отмечалась только у одной больной и притом однократно (один вечер). Остальные же проделали послеродовой период при температуре, не превышающей 37,2° вечером, и при полном отсутствии объективных признаков неблагополучия. Все родильницы были выписаны на 6—8-е сутки при нормальной температуре, и послеродовой патронаж установил вполне нормальное дальнейшее течение послеродового периода. Приходится весьма сожалеть, что мы, не имея возможности бактериологического контроля, вынуждены основывать свои наблюдения только на клинической картине и температурной реакции; тем не менее и эти признаки несомненно являются практически убедительным критерием.

Не разделяя установок Франца Лезера и его школы о поголовном инфицировании вагины и полости матки к 4—5-му дню после родов, мы стремимся всецело к защите родового канала от проникновения инфекции извне. Мы считаем эндогенную инфекцию, особенно из источников хронических и даже подострого типа, топографически отдаленных, значительно менее опасной в смысле возникновения послеродовых осложнений, т. к. здесь следует допускать наличие некоторого, по крайней мере, местного и относительного иммунитета и наличие демаркационных границ. Защита извне, со стороны влагалища и вульвы, защита от контактной инфекции нам кажется значительно более целесообразной, чем поиски кариозных зубов десятилетней давности. Мы наблюдали больную, проделавшую без осложнений нормальные роды, которая полтора года тому назад перенесла послеродовой сепсис и гнойный параметрит со вскрытием в прямую кишку и за 2 месяца до начала последней беременности — резкое обострение со стороны осумковавшегося параметрического очага после *abortus incompletus*.

В случаях „чистых“ разрывов промежности (не осложненных иной патологией), мы ограничиваемся накладыванием „повязки“ — рыхлой салфетки, смоченной раствором „аммаргена“, на область шва, вульвы и промежности и организуем боковой отток лохий, во избежание механического раздражения. В случае подозрения на наличие активных эндогенных воспалительных фокусов в половом канале, мы производим вливание раствора „аммаргена“ в половой канал, в количестве до 100 см³.

Во всех наших случаях швы зажили первичным натяжением, без каких-либо осложнений, тогда как в идентичных случаях, до применения „аммаргена“, испытывая альбихтол, ксероформ и риваноль, мы имели лихорадящих больных с выраженными восходящими эндометритами и последующими стойкими воспалениями придатков.

Поворот на ножку произведен нами у женщины, которой нами же, год тому назад, была произведена та же операция и также в результате стойкого поперечного положения, не поддающегося наружному повороту. Первый раз, при тех же условиях и той же обработке (рук¹⁾), больная перенесла непродолжительный, вялый эндометрит.

Во второй раз ей было, после родоразрешения, влито во влагалище 80—90 см³ раствора „аммаргена“. Ежедневно два раза менялась салфетка-повязка, смоченная раствором „аммаргена“, на область

¹⁾ Мы пользуемся оригинальным методом Спасокукоцкого с дополнительной обработкой окологнезговых лож и подгнезговых пространств 5% t. jodi.

вульвы и рыхлый тампон в наружное отверстие вагины, насыщенный тем же раствором. Послеродовой период у больной протекал совершенно нормально при температуре, не превышающей 36,9°, даже вечером. Выписана на 6-й день, без каких-либо жалоб и объективных симптомов неблагополучия. Матка—N. Выделения—N. Ребенок—здоров до сих пор.

В особую группу мы выделяем случаи с ручным отделением последа, обилие которых у нас мы объясняем многолетним отсутствием гинекологической помощи на нашем участке. По времени пособия материал разделяется следующим образом: 1) через час после родов—в связи с профузным кровотечением — вмешательство предпринято в 2 случаях; 2) через 2 часа — 6 случаев (последующее кровотечение); 3) через 3 — 4 и 5 часов — 7 случаев.

Считая, что родовой канал здоровой женщины к концу беременности находится в состоянии максимальной мобилизации всех внутренних ресурсов (повышение бактерицидности влагалищного секрета, отсутствие патогенной микрофлоры — особенно гемолитического стрептококка¹⁾), мы, как правило, не применяем перед вмешательством никаких предварительных промываний канала, кроме тщательного очищения промежности и области наружных половых органов.

Придавая особо-серьезное значение состоянию физиологического тонуса тканей родового канала и особенно мышц маточной мускулатуры непосредственно после родов, мы, при необходимости ручного отделения последа и обследования полости матки, ведем эти пособия, как правило, без наркоза. Применяя исключительно бережное проведение руки через область вульвы и внутреннего зева, стремясь пройти его в момент паузы между двумя схватками, мы не слышали при этом от больных сколько-нибудь серьезных жалоб, тем более, что обескровленная и утомленная больная весьма слабо реагирует на дополнительные раздражения, значительно менее тяжелые, чем только что проделанный акт родов. Избегая наркоза, мы сохраняем нормальные сокращения маточной стенки, тонус брюшного пресса, результатом чего является быстрое и плотное закрытие отверстий как крупных, так и мелких сосудов матки, выжимание крупных тромбов, что значительно уменьшает опасность внедрения и развития инфекции и способствует своевременному установлению нормального типа лохий. Очищение матки рукой мы предпринимали полное до прекращения образования под пальцами ощутительных сгустков. Этому факту мы также приписываем особое значение из тех же соображений.

С целью воспрепятствовать развитию патогенной флоры во влагалище и в матке²⁾, мы, тут же после вмешательства, вливаем в родовой канал и матку, часто прямо по руке (учитывая условия и обстановку), при поднятии таза родильницы, до 100 см³ раствора „ам-маргена“. Наружная защита—как описано выше. В дальнейшем никаких внутривлагалищных и маточных манипуляций мы не производим, полагаясь на фагоцитарно-бактерицидное действие лохий и быстро восстанавливающуюся кислотность влагалищного секрета, способствующую отмиранию патогенной флоры. Ежедневно при уборке мы

¹⁾ Исследования Смородинцева.

²⁾ Рукав Окивчица на нашем материале не применялся.

меняли только рыхлый тампон и наружную салфетку. Как указано выше, все отмеченные случаи закончились совершенно благополучно.

Все манипуляции с „аммаргеном“ и приготовление раствора мы производим при обычном рассеянном свете, считая, что 5—10-минутная световая экспозиция сколько-нибудь серьезно не влияет на изменение препарата в сторону понижения активности¹⁾. Обычно же аммарген хранится в темном месте.

Отмечая в своей практической деятельности, что послеродовой период у женщин, закончивших роды с меньшим истощением сил и с меньшим угнетением, протекает значительно благополучнее, мы стараемся устранять состояния угнетения и усталости. Хорошие результаты мы получили от применения средних доз алкоголя *per os*, причем при непродолжительном приеме его внутрь мы не отмечали какого-либо отрицательного действия ни на мать, ни на ребенка. Нам кажется, что таким путем стимулирую ретикуло-эндотелиальную систему, активирую мочеотделительную и мочевыводящую систему, а возможно и усиливая некоторые процессы обмена веществ, мы мобилизуем организм на ликвидацию „прорыва“ в его физиологическом благополучии. Все указанные мероприятия создали нам весьма спокойную обстановку в работе, и мы считаем, что в участковой практике „аммарген“ может и должен занять одно из первых мест в арсенале профилактических средств послеродовой инфекции.

Поступила 16.III 1938.

¹⁾ Согласно исследованию Л. А. Гиттерман.