

ЛЕЧЕНИЕ ИНФИЦИРОВАННЫХ АБОРТОВ¹

Асс. Ф. М. Сабиров

Первая кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Н. Е. Сидоров)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Еще нет единого мнения о лечении инфицированных абортов. Одни придерживаются консервативно-выжидательного метода, другие — активного (Л. И. Бубличенко, Г. Г. Гентер, М. К. Гесберг, К. К. Скробанский, И. П. Демичев). Вопрос о том, который из этих методов лучше, продолжает оставаться актуальным.

Под нашим наблюдением находились 755 больных с инфицированными абортами (26% всех гинекологических больных). Большинство больных доставлялось врачами скорой помощи. В зависимости от температуры при поступлении и в первые дни пребывания больные распределены на 5 групп. В I гр. вошли 168 больных с температурой до 37°, во II — 167 — от 37,1 до 38°, в третью — 212 — от 38,1° до 39°, в IV — 203 — с температурой 39,1° и выше и потрясающими ознобами, в V — 5 с анаэробным сепсисом. Включение больных с нормальной температурой в группу с инфицированными абортами объясняется тем, что большинство из них были криминальными.

В возрасте до 20 лет было 16 больных, от 21 до 40 лет — 701 и старше — 38. Первобеременных прошло 73 больных, не рожавших, но перенесших аборт — 28, первородящих — 225, повторнородящих — 219, многорожавших — 210. Жительниц Казани было 673, из сельских районов — 82.

Ведущим методом в лечении больных I группы было выскабливание матки. Из 168 больных 121 операция произведена в первые часы поступления в клинику, на следующий день — 23, 21 больной — на более поздних сроках, главным образом, из-за гнойных выделений, и у трех был полный выкидыш. После операции у 26 больных в первые дни наблюдалась температура от 37,2° до 37,5°. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии. Среднее пребывание больных — 4,5 койко-дня.

У больных II гр. до снижения температуры проводилось обычное лечение: покой, холод на низ живота, внутрь сульфаниламиды или антибиотики, сердечно-сосудистые средства, витамины. Спустя 3 дня после снижения температуры больным обычно производилось выскабливание. При сильном кровотечении выскабливание производилось немедленно. Операция произведена до 5 дня после поступления в клинику 117 больным, до 10 дня — 32, до 15 дня — 5, после 20 дней — 1. По поводу опасных для жизни кровотечений, несмотря на температуру, выскабливание произведено 49 больным. После операции однократное повышение температуры до 37,6° наблюдалось у 24 больных, 2—3-кратное — у 18, многократное — у 3, у 2 больных имелась субинволюция матки, у 3 — метроэндометрит, у 2 — воспаление придатков и у 1 — пельвеоперитонит. Все больные выписались в удовлетворительном состоянии. Среднее пребывание больных в клинике — 6,8 койко-дня.

Как видно, в этой группе мы наблюдали несколько осложнений, за счет, возможно, раннего выскабливания. Видимо, в этих случаях следует выскабливание производить не на 3-й день, а на 5—6 день после установления нормальной температуры.

Лечение больных III гр. производилось по тем же принципам, что и больных II гр. Разница заключалась в более широком применении подкожных вливаний 0,8% раствора белого стрептоцида, длительном назначении антибиотиков. Из 212 больных у 16 в силу сильного кровотечения произведено выскабливание при температуре 38° и выше. Консервативное лечение у большинства затягивалось, удлинялось пребывание в стационаре, осложнения после выскабливания возрастали. Выскабливание производилось у 122 больных до 5 дня после поступления, у 63 — в пределах 5—10 дней, у 6 — до 15, у одной — на 17 день и у одной — на 23 день. В послеоперационном периоде однократное повышение температуры до 38° наблюдалось у 23 больных, 2—3-кратное — у 26, многократное — у 6, у 4 был пельвеоперитонит, у 5 — перипараметрит, у 2 — воспаление придатков, у одной — острый пояснично-крестцовый радикулит. Три больные умерли от общего сепсиса. Среднее пребывание в стационаре — 8,9 койко-дня.

Еще продолжительнее лечились в стационаре больные IV группы (203). Все до операции получали по 5 подкожных вливаний 0,8% раствора белого стрептоцида, достаточное количество антибиотиков, средства, стимулирующие защитные силы организма. Снижение температуры в среднем наблюдалось на 7—9 день. По неотложным показаниям оперативное опорожнение матки произведено 37 больным. Обычно выскабливание производилось спустя 3 и более дней после установления нормальной температуры. До 5 дня после поступления операция произведена 98 больным, до 10 дня — 94, до 14 дня — 2, до 20 дня — 3, 8 — операция не производилась. Умерли 4 больных. Послеоперационный период осложнился однократным повы-

¹ Доложено на заседании общества акушеров-гинекологов г. Казани 21/XII 1961 г.

шением температуры до 38° у 18 больных, двух-трехкратным — у 14, многократным — у 5, острым воспалением придатков — у 4, менингоэнцефалитом — у 1, пельвеоперитонитом — у 2, пневмонией — у одной. Больные, перенесшие эти осложнения, выписаны в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение. Среднее пребывание в стационаре — 9,8 койко-дня.

Больные с анаэробным сепсисом доставлялись в стационар в тяжелейшем состоянии. В клинике они находились от нескольких часов до 2 недель. Лечение начиналось с введения поливалентной противогангренозной сыворотки. После определения вида возбудителя вводилась соответствующая сыворотка. Широко применялись и антибиотики — стрептомицин, пенициллин, раствор стрептоцида; физиологический раствор и 5% раствор глюкозы до 3 л в день, переливания эритроцитарной массы в небольших дозах, внутривенные инъекции 40% раствора глюкозы 20—50 мл, подкожные введения кислорода, сердечные средства, холод на низ живота, витамины. Операция выскабливания ни одной больной не производилась.

Итак, из 755 поступивших выписалось в удовлетворительном состоянии 743, из них I гр. 168 (100%); II гр. — 167 (100%); III гр. — 212 (98,6%) (3 умерли — 1,4%); IV гр. — 203 (98,1%) (умерли 4 — 1,9%), V гр. все 5 больных умерли. Общая летальность составляла 1,6%.

Наш опыт по лечению инфицированных абортов позволяет высказаться, что активный метод, то есть немедленное выскабливание матки, следует применять при сильных кровотечениях, независимо от температуры и срока поступления. Выскабливание матки показано и тогда, когда температура у вновь поступивших больных не выше 37°. Для других больных лучше придерживаться консервативно-выжидательного метода, то есть сначала медикаментозная терапия, а затем, после спадения температуры, как завершение лечения — выскабливание матки. При продолжающихся кровянистых выделениях оно производится на 4—5 дни после спадения температуры. Чем выше температура, тем промежуток с момента последнего повышения температуры до выскабливания должен быть более длительным, до 7—9 дней.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бубличенко Л. И. Послеродовая инфекция. 1946. — 2. Гесберг М. К. Послеабортный сепсис. Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. М., 1957. — 3. Демичев И. П. Тр. АМН СССР. М., 1955. — 4. Жмакин К. Н. Сов. мед., 1959, 10. — 5. Мандельштам А. Э. В кн.: Вопр. нейрогумор. регул. физиол. и патол. процессов женской половой сферы. М., 1956. — 6. Петченко А. И. Акушерство, Киев, 1956.

Поступила 8 июня 1961 г.

ЛЕЧЕНИЕ ЖЕНСКОГО ТРИХОМОНИАЗА ПАСК¹

М. Г. Воронова

Первая кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Н. Е. Сидоров)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Воспалительные заболевания мочеполовой системы, вызываемые трихомонадами, встречаются у женщин довольно часто. Предложено много средств для терапии трихомониаза, разнообразна и методика лечения. Результаты лечения не всегда стойки, часты рецидивы.

Не так давно П. М. Луговникова предложила для лечения трихомониаза ПАСК. По предложению Министерства здравоохранения ТАСССР кафедра изучала его действие. Результаты приводятся в настоящей работе.

ПАСК — парааминосалицилат натрия — хорошо растворим в воде, трудно — в спирте. Для стабилизации раствора на каждый литр прибавляется 1,5 кристаллического сульфата натрия. Растворы стерилизуются при 100° 30 мин.

Действие ПАСК на трихомонады сначала проверялось нами в нативных препаратах. Трихомонады брались у женщин, страдающих острым или подострым трихомонадным кольпитом.

Для испытания готовился раствор ПАСКа на дистиллированной воде (10—20—30—40 и 50%). Использовался и сухой порошок.

Влагалищное содержимое бралось платиновой петлей, наносилось на подогретое предметное стекло и смешивалось с каплей подогретого физиологического раствора. Из этой смеси готовился тотчас же тонкий мазок, который и просматривался под микроскопом на присутствие трихомонад. При достаточном количестве паразитов и их хорошей подвижности к мазку добавлялась капля того или иного раствора ПАСКа. Уже при введении 10% раствора через 1—2 мин можно было заметить

¹ Доложено на заседании Казанского общества акушеров-гинекологов 19/X-61 г.