

При обращении за помощью женщины с бесплодием включаются в IV группу диспансерного учета. Все пациентки обследуются одним врачом по унифицированной программе. В нее входят: изучение анамнеза и анатомо-функционального состояния половых органов (гормональная кольпоцитология при окраске мазков метиленовым синим с подсчетом кариокинетического индекса, симптомы «зрачка» и «папоротника» в динамике менструального цикла; биопсия эндометрия за 2—3 дня до предполагаемой менструации; изучение показателей ректальной температуры на протяжении 2 менструальных циклов). Для проверки проходимости маточных труб женщину госпитализируем на 17—18-й дни менструального цикла и выполняем метросальпингографию кардиографом. Тесты функциональной диагностики проводим на протяжении 2—3 менструальных циклов, привлекая к этому и акушера-гинеколога (взятие, фиксация и окраска мазков). Такой комплекс обследования необременителен для больной, может быть осуществлен в участковой больнице и достаточно информативен. С его помощью мы относили пациенток к одному из трех патогенетических вариантов бесплодия.

12 женщин страдали бесплодием в связи с непроходимостью маточных труб после перенесенного воспалительного процесса. У 18 женщин были различные варианты нарушения менструальной функции, ановуляция или неполноценность лютеиновой фазы цикла. У 6 пациенток эндокринные расстройства сочетались с непроходимостью маточных труб (смешанная форма бесплодия). При аменорее для уточнения уровня поражения в системе гипоталамус — гипофиз — яичники мы широко пользовались гормональными пробами (прогестероном, бисекурином и хорионическим гонадотропином). В качестве индикатора оценивали реакцию влажного эпителия на вводимые гормоны, наличие и интенсивность менструальноподобных кровотечений. Бактериологический анализ отделяемого цервикального канала проводили в ЦРБ. Лишь исследования фертильности спермы мужа и его сексуальные расстройства служат предметом компетенции сексопатолога республиканской больницы, однако и посткоитальный тест мы выполняем в участковой больнице.

Введение витаминов осуществляли циклически с помощью эндоназального электрофореза (в первую фазу цикла витамин В<sub>1</sub>, во вторую — витамин С). При лечении бесплодия на почве генитального инфантилизма и хронических воспалительных процессов широко использовали гинекологический массаж. При нарушении функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы назначали гормональную терапию с обязательным учетом возраста, наличия и характера экстрагенитальной патологии, особенностей гормональных нарушений с обязательным контролем тестов функциональной диагностики. Гормоны назначались при следующих основных показаниях: аменорее яичникового генеза, гипофункция яичников на фоне хронического воспаления внутренних половых органов, недостаточность функций желтого тела. Для лечения бесплодия мы предпочитаем циклическую гормональную терапию, но используем минимальные дозы половых гормонов (из эстрогенов — микрофоллин по  $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{6}$  части таблетки в сутки, из гестагенов — прегнин по  $\frac{1}{4}$ ). Перерывы между курсами должны быть не менее 2 мес. Такие варианты позволяют проводить лечение на протяжении 2—3 лет без ущерба для больной при условии постоянного контроля с помощью тестов функциональной диагностики.

Как видно из таблицы, комплексная длительная терапия бесплодия оказалась эффективной в 69% наблюдений. Из 25 забеременевших пациенток 24 родили живых здоровых и доношенных детей и лишь у одной произошел самопроизвольный выкидыш на 10-й неделе беременности.

В условиях участковой больницы проще решать задачу сохранения наступившей беременности и клинические анализы, а в дальнейшем не менее 4 раз госпитализируем беременную во все критические сроки с целью профилактического лечения (витамины, спазмолитики, малые транквилизаторы, средства, улучшающие гемодинамику и микроциркуляцию в системе мать — плацента — плод, донаторы энергии).

УДК 618.5—06:618.4—002

**Ф. А. Мифтахова, Д. П. Игнатьева, М. И. Слепов (Казань). О послеродовых эндометритах**

Мы проанализировали течение послеродового эндометрита у 123 женщин, леченных в гинекологическом отделении 5-й городской больницы в 1983 и 1984 гг. До 20 лет было 22,8% больных, от 21 до 25 — 43,9%, от 26 до 30 — 26,5%, от 31 до 35 — 6,1% и старше 35 — 0,7%. Отмечена некоторая связь заболеваемости с временем года: наибольшее число случаев (80) было зарегистрировано в летние и осенние месяцы.

Среди заболевших преобладали первородящие (92), из них 89 первобеременных. Экстрагенитальные заболевания выявлены у 7 женщин (пороки сердца — у 2, анемия — у 5). У большинства роды были срочными, у 8 — запоздалыми, у 3 — преждевременными. Беременность осложнилась нефропатией у 22 женщин, эклампсией — у 2. Осложнения в родах возникли практически у всех, наиболее частыми из них были слабость родовой деятельности (34) и преждевременное отхождение вод (45). Продолжительность родов у перворо-

дящих составила в среднем 20 ч 50 мин, у повторнородящих — 11 ч 10 мин, безводный промежуток — 30 ч 25 мин. В связи с затяжным течением родов и длительным безводным промежуток у 4 женщин в родах развился хориоамнионит, вызвавший в 2 случаях септический шок. Из других осложнений родов наблюдались преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (2), предлежание плаценты (1), плотное приращение плаценты (7), гипотоническое кровотечение (2), разрывы промежности и влагалища (20).

Оперативные вмешательства в родах проведены у 32 рожениц: эмбриотомия — у 6, вакуум-экстракция плода — у 3, кесарево сечение — у 4, эпизиотомия — у 5, ручное отделение последа — у 7, ручное обследование полости матки — у 7.

Кровопотеря в родах составила в среднем 356 мл. Патологическая кровопотеря была отмечена только у 15 рожениц, в то время как у 66 женщин, страдавших послеродовым эндометритом, обнаружена анемия. Данное расхождение объясняется, по-видимому, как неудовлетворительным учетом кровопотери в родах, так и недостаточным вниманием к выявлению анемии у беременных.

У 52 из 123 женщин с послеродовым эндометритом заболевание проявилось в первые 2 дня послеродового периода. В связи с этим они были переведены в специализированное отделение 5-й городской больницы во 2—14-й дни послеродового периода, то есть в среднем на 8-й день. Остальные женщины были выписаны из акушерских стационаров на 5—14-й дни послеродового периода (средний койко-день — 6,1). Начало заболевания было острым — температура повысилась до 38—39°, появился озноб, ухудшилось общее состояние. Боли в нижней половине живота были всего у нескольких женщин; свое состояние они не связывали с родами, а расценивали как простуду и пытались лечиться сульфаниламидами и народными средствами. Заболевание началось на 5—14-й дни послеродового периода, в то время как поступление в стационар значительно задержалось (от 6 до 34-го дня послеродового периода).

Объективное обследование в момент поступления в стационар выявило гипертермию от 37,5 до 40°; пульс соответствовал температуре. У всех больных наблюдалась субинволюция матки; болезненность чувствовали 75 из 123 женщин; лохии длительное время были кровянистыми, затем гнойными.

Анализ крови показал анемию от 0,9 до 1,5 ммоль/л у 66 больных, лейкоцитоз от  $10 \cdot 10^9$ /л до  $28 \cdot 10^9$ /л — у 55, умеренный сдвиг лейкоформулы влево — у 32, лимфоцитоз — у 47.

Выскабливание полости матки проведено у 60 больных на 6—45-й дни послеродового периода. Показаниями к операции явились усиление кровянистых выделений из половых путей и отхождение «плотных кусочков». Элементы плодного яйца при визуальном исследовании соскоба обнаружены у 21 женщины, плацентарная ткань при гистологическом исследовании — у 6, оболочки плодного яйца — у 7. У остальных больных было подтверждено наличие эндометрита; у 10 в соскобе имела место некротизированная децидуальная ткань. После операции состояние больных не ухудшилось, температура сохранялась от 2 до 8 дней. Продолжительность пребывания в стационаре 63 женщин, леченных консервативно, и 60, подвергнутых выскабливанию полости матки, оказалась одинаковой (14,6 и 15,1 койко-дня). Однако при изучении зависимости течения эндометрита от срока оперативного вмешательства установлено, что у женщин, которым выскабливание полости матки было произведено в первые 2 нед послеродового периода, срок лечения в стационаре составил 11,1 дней, а при более поздней операции (от 15 до 29-го дня послеродового периода) — 18,6 дней.

Вследствие нарушения сократительной способности матки эндометрит всегда сопровождается лохиометрией в той или иной степени, которая способствует поддержанию инфекции, поэтому удаление задержавшихся лохий должно быть в центре терапии послеродового эндометрита. Если при нормальном течении пурперии отторжение и изгнание децидуальной ткани завершаются к 10-му дню, то при эндометрите эта ткань обнаруживается в матке до 25-го дня.

Из сокращающих матку средств применяли окситоцин, питуитрин по 0,5—1 мл внутримышечно 2—3 раза в день, дезаминоокситоцин по 1 таблетке в день, хинин перорально по 0,1—0,15 3 раза в день. Преимуществом последнего препарата является его противовоспалительное действие. Среди немедикаментозных методов эффективна электро- и вибростимуляция матки. В остром периоде обязательно использование местной гипотермии, которая способствует уменьшению резорбции из матки, ослабляет симптомы интоксикации, увеличивает сократительную способность матки и снижает местную воспалительную реакцию.

Вопрос об инструментальном опорожнении лохиометры должен решаться в каждом случае индивидуально. Поскольку плацентарная ткань при эндометритах обнаруживается, по нашим данным, очень редко, выскабливание полости матки, рекомендуемое сторонниками данного метода для отделения интимно прикрепленных участков плацентарной ткани, не имеет преимуществ перед вакуум-аспирацией. Последняя операция менее опасна в плане развития септического шока и геморрагических осложнений. Еще более безопасно снегировское орошение, которое обладает выраженным аспирирующим действием и ранее широко применялось в акушерских стационарах для лечения лохиометры и эндометрита. К сожалению, ни в одном из 123 случаев эндометрита этот метод лечения не использовался, поэтому дать сравнительную характеристику терапевтической эффективности выскабливания полости матки и снегировского орошения не представляется возможным.

Антибактериальная, инфузионная и иммуностимулирующая терапия не отличается от таковой при сепсисе, объем ее зависит от тяжести течения основного заболевания.