

тяжкому течению названных заболеваний и может явиться одной из причин, провоцирующих приступы.

2. Психотерапия больных бронхиальной астмой и хроническим обструктивным бронхитом должна стать неотъемлемой частью комплексной терапии и проводиться на всех этапах их курации, в том числе и в условиях общесоциального стационара.

3. Психотерапия не требует существенных материальных затрат, позволяет значительно интенсифицировать процесс лечения и повышает его эффективность.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гальбин А. Ц. // Патологический сон у детей. — Л., Медицина, 1979. — 2. Губачев Ю. М., Дорничев В. М., Куроченко Н. А., Симаненко В. М. // В кн.: Исследование механизмов и эффективности психотерапии при неврологических заболеваниях. — Л., Медицина, 1982. — 3. Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М. // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. — Л., Медицина, 1983. — 4. Карвасарский Б. Д. // Психотерапия. — М., Медицина, 1985.

Поступила 30.12.86.

УДК 618.391—06:616.381—002—089.8

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПЕРИТОНИТА ПОСЛЕ ИНФИЦИРОВАННЫХ АБОРТОВ

*А. И. Наговицина, З. С. Корняева, В. Н. Бороздина, А. С. Кузнецова*

*Кафедра акушерства и гинекологии (зав.— проф. Л. Ф. Шинкарева) Ижевского ордена Дружбы народов медицинского института*

Инфицированные абортосты остаются основным источником септических осложнений. Большинство авторов указывают на стертое течение перитонита у гинекологических больных и трудность его диагностики, что подтверждает актуальность изучаемого вопроса.

Под наблюдением находились 1132 женщины с инфицированными абортосты, из них у 26 (2,3%) был диагностирован перитонит. Средний возраст больных с перитонитом составил 25,6 года. На 2—3-и сутки с момента вмешательства и первых признаков заболевания поступили 17 больных, на 5—6-е сутки — 8. С целью прерывания беременности женщины вводили в полость матки водку (6), резиновые катетеры (14), металлические предметы (2) и медикаментозные препараты внутрь (4). Перфорация матки в связи с введением металлических предметов произошла у 2 больных.

Клиническая картина перитонита отличалась некоторыми особенностями. У большинства больных были выраженные признаки интоксикации организма, расстройство центральной и периферической гемодинамики, у части женщин — дыхательная недостаточность. Нарушение всех видов обмена веществ и различных функций организма было констатировано у тех больных, которые поступили на 5—6-е сутки с момента заболевания. Жалобы были разнообразными: общая слабость, адинамия, апатия, одышка и боли в животе различной локализации.

На фоне криминального вмешательства наиболее характерными признаками являлись метеоризм и задержка газов. Рвота и икота отмечались только у небольшого числа больных. Напряжение мышц живота чаще было невыраженным, выслушивалась слабая перистальтика. Анемия наблюдалась у 12 женщин с повышенной кровопотерей в момент прерывания беременности. Характерными признаками перитонита служили лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, почасовое нарастание числа лейкоцитов, высокая СОЭ и лимфопения. В отличие от генерализованной септической инфекции при акушерско-гинекологическом перитоните токсическая зернистость нейтрофилов бывает только в далеко зашедших стадиях заболевания и свидетельствует о выраженной интоксикации организма. Бактериологическое исследование крови позволяет назначить этиологическую и патогенетическую терапию.

Для лечения 26 больных мы применяли комбинированный метод (сочетание комплексной патогенетической консервативной терапии с оперативным вмешательством). Как можно раньше проводили инструментальное освобождение полости матки от элементов плодного яйца под внутривенным обезболиванием 2% раствором промедола (1 мл) в сочетании с 1% раствором димедрола (1 мл),

реополиглюкином или протившоковой жидкостью. Интенсивную терапию начинали с предоперационной подготовки, включавшей применение антибиотиков широкого спектра действия: цепорина, ампициллина, оксациллина, канамицина в максимальных дозах. После получения результатов посева на чувствительность к антибиотикам соответственно их меняли и продолжали лечение в течение 7—10 дней. В подключичную вену вводили гемодез, реополиглюкин, раствор Рингера — Локка, 5% раствор глюкозы и др. Количество вводимой жидкости довели до 3—4 л в сутки с учетом потерь жидкости организмом и диуреза. Для борьбы с гипопро테인емией переливали альбумин, плазму, растворы гидролизата казеина и др. Дефицит калия восполняли введением 1% раствора хлористого калия под контролем исследования содержания калия и натрия в крови и плазме. Для снятия ацидоза вводили 5% раствор бикарбоната натрия по 150—200 мл под контролем КЩС. Большое внимание уделяли введению 5% аскорбиновой кислоты (до 1000 мг) и витаминов группы В. Кроме того, применяли сердечные гликозиды по показаниям (коргликон), антигистаминные препараты (димедрол, пипольфен) и др. Переливали цельную теплую кровь на гепарине. В брюшную полость вводили антибиотики и диоксидин капельно, медленно.

Оперативное лечение у 25 больных заключалось в экстирпации матки с трубами и широком дренировании брюшной полости через дополнительные разрезы в подвздошных областях и культю влагалища. Брюшную полость по белой линии живота ушивали наглухо, так как введение в нее дренажей способствовало достаточному оттоку воспалительного экссудата.

В первые 2—3 сут после операции проводили максимальное обезболивание, оксигенацию на фоне продолжающейся интенсивной терапии. Не меньшее значение мы придавали борьбе с парезом кишечника: применяли 0,05% раствор прозерина 4 раза в сутки по 1 мл в сочетании с микроклизмами из гипертонического раствора хлористого натрия или по Огневу при отсутствии явлений гипокалиемии. Желудок постоянно промывали с помощью зонда 2—3% раствором бикарбоната натрия с гиперкоагуляцией назначали антикоагулянты прямого действия — гепарин подкожно по 2,5—5,0 тыс. ед. 4 раза в сутки. Кроме того, проводили послеоперационную гимнастику.

В результате комбинированного лечения у 25 больных были получены положительные результаты. Средний койко-день составил 18,6 дня. Все больные были выписаны домой в удовлетворительном состоянии. Одну больную не оперировали ввиду поступления в стационар в крайне тяжелом агональном состоянии. Комплексная консервативная терапия оказалась, к сожалению, безуспешной — больная умерла.

Отдаленные результаты лечения (до 8 лет) были изучены у 24 женщин: у 15 пациенток трудоспособность восстановлена полностью, у 9 с явлениями астеновегетативного синдрома (головная боль, потливость, приливы, «замирание» сердца, адинамия и др.) — частично.

Таким образом, перитонит после криминальных абортов чаще развивается у больных с внутриматочными вмешательствами. Характерная картина заболевания (задержка газов, прогрессирующий метеоризм, высокая температура тела, частый пульс, нарастание числа лейкоцитов крови, высокая СОЭ, лимфопения, гипопро테인емия, отсутствие эффекта от консервативной терапии) позволяет врачу своевременно поставить диагноз и приступить к комплексному интенсивному лечению с радикальной операцией. Женщины, перенесшие перитонит, должны находиться под диспансерным наблюдением акушера-гинеколога и терапевта с проведением реабилитационных мероприятий в течение нескольких лет.

Поступила 15.01.85.