

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЛИХОРАДОЧНЫМ АБОРТОМ

Н. Ф. ЛЫЗИКОВ, Э. К. НЕВЕРОВА, Л. Н. ВИШНЯКОВА, Т. К. ДОДИНА

Кафедра акушерства и гинекологии (заведующий — профессор
Н. Ф. Лызиков) Витебского медицинского института

О тактике врача при лечении больных лихорадочным абортom среди акушеров-гинекологов нет единого мнения. При выборе метода лечения врачи руководствуются общим состоянием больной, стадией течения выкидыша, сроком беременности и степенью выраженности инфекционного процесса.

В зависимости от степени распространения инфекции принято различать неосложненный, осложненный и септический лихорадочные аборты. У женщин с неосложненным лихорадочным выкидышем инфекция не распространяется за пределы матки, при пальпации матка безболезненна, отсутствуют изменения воспалительного характера в придатках матки, брюшине и клетчатке таза. При осложненном лихорадочном абортe инфекция распространяется за пределы матки, но воспалительный процесс ограничен в области малого таза. У больных септическим абортom имеется клиническая картина генерализованной инфекции.

При лечении больных неосложненным лихорадочным выкидышем большинство акушеров-гинекологов придерживаются выжидательно-активного метода (в течение 3—4 дней назначают постельный режим, холод на низ живота, хинин, питуитрин, препараты спорыньи, сульфаниламиды, антибиотики). К бережному опорожнению матки оперативным путем приступают после исчезновения признаков инфекции. С. Г. Хаскин пишет, что при отсутствии кровотечения и наличии инфекции немедленное опорожнение матки противопоказано. В. И. Бодяжина и К. Н. Жмакин при неосложненном лихорадочном абортe без сильного кровотечения рекомендуют вначале применять антибиотики широкого спектра действия или сульфаниламидные препараты и общеукрепляющее лечение. Затем после установления нормальной температуры, исчезновения лейкоцитоза и ускорения РОЭ удаляют из матки остатки плодного яйца. Сторонники выжидательно-активного и консервативного методов лечения больных лихорадочным абортom считают, что при выскабливании матки разрушается ограничивающий лейкоцитарный вал, вскрываются крове-

носные и лимфатические сосуды и создаются условия для распространения инфекции.

Однако ряд акушеров-гинекологов таким больным применяют активный метод лечения. М. С. Малиновский при неосложненном лихорадочном выкидыше рекомендует немедленное опорожнение матки. Возможно раннее удаление из матки инфицированных остатков плодного яйца способствует ликвидации очага инфекции и интоксикации.

Имеются акушеры, которые предпочитают строго консервативный метод лечения женщин с лихорадочным неосложненным выкидышем. Больной назначают постельный режим, холод на низ живота, сульфаниламидные препараты, антибиотики, сокращающие матку средства с целью изгнания остатков плодного яйца.

По наблюдениям М. Т. Пулатовой, при активном методе лечения больных лихорадочным выкидышем летальность в 6 раз была меньше, чем при выжидательно-активном и консервативном.

При осложненном и септическом абортах В. И. Бодяжина и К. Н. Жмакин считают целесообразным проводить консервативное лечение (применение общеукрепляющих, болеутоляющих, десенсибилизирующих средств и симптоматической терапии).

Мы проанализировали частоту, характер и метод лечения лихорадочных аборт по данным гинекологического отделения Витебского клинического родильного дома за 1969—1970 гг. Лихорадочными считали внебольничные аборты, при которых температура тела больной при поступлении в стационар превышала 37° (если эта температура не была обусловлена экстрагенитальным заболеванием). Из 1159 внебольничных аборт 453 (39%) были лихорадочными. Первоременные среди женщин с лихорадочным аборт составили 18,5%. Поздний лихорадочный аборт наблюдался у 16,6% больных.

В анамнезе у 35,5% больных лихорадочным аборт отмечены вмешательства с целью прерывания беременности. Введение в матку катетера и других твердых предметов производилось в 11,9%, различных растворов — в 11,2%, вскрытие плодного пузыря — в 1,4%, употребление гормональных препаратов — в 4%, сочетание названных способов — в 7%.

Большинство больных лихорадочным аборт поступали в стационар с неполным аборт. Начавшийся аборт диагностирован в 34% и аборт в ходу — в 9,7%. При поступлении в гинекологическое отделение неосложненный аборт установлен у 92,5%, осложненный — у 6,8% и септический — у 0,7% больных лихорадочным выкидышем.

У 57,6% больных лихорадочным аборт при поступлении в стационар температура тела была до 37,5°; у 17,9% — 37,6—38°, у 17,7% — 38,1—39° и у 6,8% больных — выше 39°. Мы не наблюдали существенных различий температуры тела при поступлении в гинекологическое отделение больных неосложненным и осложненным лихорадочным аборт. Продолжительность проявлений нарушения беременности до поступления в стационар у женщин с септическим и осложненным лихорадочным абортами была больше, чем у женщин с неосложненным выкидышем.

По нашим данным, у 68,6% больных лихорадочным аборт применен активный метод лечения, у 26,5% — выжидательно-активный и у 4,9% — консервативный. Все больные выздоровели.

Мы отдельно проанализировали время нормализации температуры тела и выписки из стационара больных неосложненным лихорадочным выкидышем у 290 женщин при активном методе лечения и у 111 больных при выжидательно-активном. Возраст, срок беременности, состояние больных и степень лихорадки в обеих группах существенно не отличались. Так, у 66,1% больных во время активного вмешательства с целью

опорожнения матки температура тела была до 37,5°, у 16,6% — 37,6—38°, у 12,1% — 38,1—39° и выше 39° — у 5,2% больных.

Установлено, что в первые 3 суток с момента поступления в стационар температура тела нормализовалась при активном методе лечения у 87,8% больных, а при выжидательно-активном методе лечения — только у 66,6% женщин. Выписаны из стационара в первые 6 суток при активном методе лечения 59% больных, а при выжидательно-активном — 24,3%, позже 13 суток — соответственно 3,6% и 20,9%. Средняя длительность пребывания в стационаре больных неосложненным лихорадочным абортom при активном методе лечения составила 6,8 дня, а при выжидательно-активным — 14,9 дня. Генерализации инфекции после активного вмешательства с целью опорожнения матки не наблюдалось.

Таким образом, наши наблюдения свидетельствуют о том, что при активном методе лечения больных неосложненным лихорадочным абортom быстрее нормализуется температура тела. Длительность пребывания больных в стационаре была меньше, чем при выжидательно-активной терапии. Вопрос о тактике врача при лихорадочном абортe нуждается в специальном обсуждении.

ЛИТЕРАТУРА

Малиновский М. С. Оперативное акушерство. М., 1955.— Пулатова М. Т. Автореф. дисс. Сталинобад, 1953.— Хаскин С. Г. Аборт и его осложнения. М., 1967.