

інфекційні захворювання матері, ускладнений акушерський анамнез, ранні і пізні токсикози вагітних, професійні шкідливості тощо). Найчіткіші морфологічні ознаки фетопатії виявляються гістологічно в головному мозку, печінці, нирках і відображають порушення процесів внутріутробного розвитку і диференціації органів і тканин. Паралельно з порушенням процесів фотогенезу під впливом тих же патогенних факторів зазнають зміни і багато інших органів і систем плода, що проявляється зниженням їх активності, у тому числі її адаптаційних можливостей. Так, якщо плоди без фетопатії і окремі плоди зі слабким ступенем її гинуть наприкінці другого періоду родів в результаті різкого розладу матково-плацентарно-плодового кровотоку або внутріутробної родової травми, то плоди з вираженим ступенем фетопатії, як правило, помирають з початком родових перейм і нерідко без чітких, клінічно документованих причин смерті. Фетопатія значною мірою визначає високу перинатальну смертність, і недостатнє урахування даного захворювання плода, з одного боку, не дозволить всебічно розкрити тапатогенез мертвонароджуваності, а з іншого — утруднює розробку дійових заходів щодо зниження перинатальної смертності.

ЛІТЕРАТУРА. 1. Барков Л. А. Морфология и патогенез плаценты и плода при поздних токсикозах беременных.— Автореф. дис. докт. Омск, 1972, 32 с.; 2. Гулькевич Ю. В. Перинатальные инфекции. Минск: Беларусь, 1966, 190 с.

Надійшла 17.03.82.

УДК 616.9:618.56

СТРУКТУРА І ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПІСЛЯРОДОВОЇ ІНФЕКЦІЇ

В. Я. ГОЛОТА, С. А. ГАЛИЦЬКИЙ, Р. П. ЛЮЛЬКА
Н. І. МІТЮНІНА

Каф. акушерства і гінекології (зав. — проф. А. П. Голубев) Полтавського стоматологічного мед. ін-ту

Широке застосування антибіотиків з лікувальною і профілактичною метою привело до значної зміни збудників септичного процесу, структури післяродових септичних захворювань та їх клініки.

За 1973—1980 рр. в Полтавському міському родильному будинку зареєстровано 441 жінку з пuerперальною інфекцією, що становило 2,08% до числа родів. Віком до 25 років було 307 (69,61%) жінок. Середній вік обслідуваних становив 32 роки. Первородящих було 331 (75,44%).

Роди супроводжувалися ускладненнями у 381 (86,39%) роділлі. Найчастіше виявлялися: несвоєчасне відходження навколоплідних вод (33,79%), слабкість родової діяльності (12,70%), травми м'яких родових шляхів (43,99%), токсикози другої половини вагітності (5,22%), дефект плаценти (4,31%), гіпоксія плода в родах (9,75%). Оперативні втручання і допомога в родах застосовувалися 356 (80,73%) жінкам, із них кесарський розтин застосовано у 51 (11,56%), накладання акушерських щипців — у 22 (4,99%), вакуум-екстракцію плода — у 14 (3,17%), ручне обслідування стінок матки — у 50 (11,34%), ручне відділення і виділення плаценти — у 8 (1,81%).

З метою виявлення динаміки в структурі післяродових септичних ускладнень обслідуваних було розподілено на дві групи за роками: перша (213 породіль) — 1973—1977, друга (228) — 1978—1980 рр. (табл. 1). Виявлено, що за порівняно невеликий проміжок часу в структурі післяродових інфекційних захворювань відбулися значні зміни. Останні три роки не спостерігалось випадків сепсеу, однак питома вага перитонітів за цей період збільшилась у 4 рази (від 0,94 до

3,95%), що заслуговує не серйозну увагу. Про збільшення частоти післяродових перитонітів, особливо після операції кесарського розтину, зазначають і деякі автори [2, 6]. За нашими спостереженнями із 11 перитонітів 6 розвинулись після операції кесарського розтину, 3 — після розриву матки, 1 — внаслідок затримки частин плаценти і 1 — внаслідок некрозу фіброміоматозного вузла. Як і раніше, найчастішою формою післяродової інфекції був ендоміометрит (55,79%). За останні три роки питома вага його зросла на 10%. Знизилась частота післяродових тромбофлебітів і маститів, зареєстрованих у родильному будинку. Питома вага післяродових виразок знизилась на 4%, однак хворі з цією формою інфекції залишалися, як і раніше, на другому місці за частотою (20,61%). Необхідно відмітити, що із 100 хворих з післяродовою виразкою у 85 вона утворилась внаслідок інфікування швів промежнини. Частота розходження швів передньої черевної стінки після акушерських лапаротомій не змінювалась і становила близько 4% до загального числа захворювань.

Таблиця 1

Структура післяродових інфекційних захворювань

Захворювання	1975—1977 рр.		1978—1980 рр.		Всього	
	число	процент	число	процент	число	процент
Сепсис	4	1,88	—	—	4	0,91
Перитоніт	2	0,91	9	3,95	11	2,49
Ендоміометрит	108	50,71	138	60,52	246	55,79
а) в родах	23	10,80	5	2,19	28	6,35
б) післяродовий	85	39,91	133	58,33	218	49,44
Параметрит	—	—	2	0,88	2	0,45
Тромбофлебіт	14	6,57	9	3,95	23	5,22
Мастит	23	10,80	14	6,14	37	8,29
Розходження швів передньої черевної стінки	9	4,22	9	3,95	18	4,08
Післяродова виразка	53	24,88	47	20,61	100	22,67

Однією із особливостей клінічного перебігу післяродових септичних захворювань нині є часте поєднання різних форм уражень. Поєднані форми було відмічено у 81 хворій, що становило 18,37% до загального числа захворювань (табл. 2). Найчастіше зустрічалось поєднання ендоміометриту з маститом (у 11), післяродовою виразкою (у 15), трихомонадним кольпітом (у 15) і післяродовою виразкою з трихомонадним кольпітом (у 10). Звертала увагу значна частота трихомонадної інвазії, наявність якої, напевне, сприяла розвитку септичної інфекції.

За даними літератури [4, 5], післяродові інфекційні захворювання нині починаються пізніше і розвиваються повільно. В середньому перитоніт, тромбофлебіт, мастит і післяродова виразка розвивалися на 5-й день від моменту родів, параметрит — на 6, ендоміометрит — на 7, сепсис та інфікування швів черевної стінки — на 8-й день. Більш пізній початок захворювань призводив до того, що септичний процес нерідко проявляв себе після виписки породіллі із стаціонара. Захворіли вдома 83 (21,09%) жінки, у тому числі на ендоміометрит — 73 (78,49%), мастит — 15 (16,13%), сепсис — 4 (4,30%) і перитоніт — 1 (1,08%). Ці хворі вступили на лікування до гінекологічного відділення. Майже половина (45,16%) жінок захворіла у перші два дні після виписки, 26,88% — на 3—5, решта — на 6—25-й день. Великий процент захворілих у перші дні після виписки пов'язаний з тим, що у родильному відділенні при виписці не було розпізнано стертий, малосимптомний перебіг септичного процесу. Надалі у більшості цих породіль даний процес протікав гостро з ознобом і вираженою інтоксикацією.

У 44,67% породіль спостерігався в'ялий, малосимптомний, затяжний перебіг септичних захворювань, у 55,33% — гострий (табл. 3).

Частіше в'ялий перебіг відмічався при тромбофлебитах, інфікуванні ран черевної стінки і післяродових виразках (65—78%). Усі мастити протікали гостро. Клінічні дослідження крові частіше не відповідали тяжкості захворювання. Лейкоцитоз понад $10 \cdot 10^3$ в 1 мкл відмічено у 112 (25,39%) хворих, ШОЕ понад 30 мм/год — у 222 (50,34%).

Таблиця 2
Поєднання форми післяродових септичних захворювань

Поєднані ураження	Число спостережень
Сепсис і мастит	2
Перитоніт і тромбофлебіт глибоких вен стегна та гомілки	2
Перитоніт і параметрит	2
Перитоніт і розходження швів передньої черевної стінки	1
Ендоміометрит і сакроілеїт	2
Ендоміометрит і мастит	11
Ендоміометрит і розходження швів черевної стінки	6
Ендоміометрит і тромбофлебіт вен гомілки	3
Ендоміометрит і пієлонефрит	3
Ендоміометрит, параметрит і розходження швів черевної стінки	1
Ендоміометрит і пельвеоперитоніт	1
Ендоміометрит і двосторонній аднексит	1
Ендоміометрит і параметрит	1
Ендоміометрит і післяродова виразка	15
Ендоміометрит і трихомонадний кольпіт	15
Мастит і післяродова виразка	2
Мастит і трихомонадний кольпіт	2
Тромбофлебіт і трихомонадний кольпіт	2
Післяродова виразка і трихомонадний кольпіт	10

Таблиця 3
Характер перебігу септичного процесу після родів

Захворювання	Всього спостережень	Гострий перебіг		Затяжний, в'ялий перебіг	
		число	процент	число	процент
Сепсис	4	4	—	—	—
Перитоніт	11	7	—	4	—
Ендоміометрит	246	160	65,04	86	34,96
Параметрит	2	1	—	1	—
Тромбофлебіт	23	8	34,78	15	65,22
Мастит	37	37	100,0	—	—
Розходження швів черевної стінки	18	5	27,78	13	72,22
Післяродова виразка	100	22	22,0	78	78,0

Застосування антибіотиків зменшує частоту тяжких форм післяродової інфекції [1, 3]. За нашими даними, тяжкі форми захворювання спостерігалися у 40 (9,07%) жінок, середньотяжкі — у 194 (43,99%) і легкі — у 207 (46,94%). Між тим небезпека для життя жінки при післяродових септичних захворюваннях не зникла. Як і до застосування антибіотиків, при несприятливих обставинах захворювання середньої тяжкості і навіть легкі швидко переходять у тяжкі і можуть закінчуватися летально.

При лікуванні післяродових інфекційних захворювань поряд з антибактеріальними препаратами, дезінтоксикаційною і десенсибілізуючою терапією, корекцією білкового і електролітного обміну та кислотно-лужної рівноваги застосовувалися засоби, що стимулюють специфічні і неспецифічні захисні реакції організму: гамма-глобулін загальної

дії і антистафілококовий, переливання крові, антистафілококова плазма, пентоксил або метилурацил, левамизол. Усіх хворих з перитонітом прооперовано: екстирпацію матки проведено 9 породіллям, надвагінальну ампутацію — 2. Летальних закінчень не було, хворих виписано із стаціонара у задовільному стані.

З метою запобігання післяродовим інфекційним захворюванням ми надавали особливого значення проведенню таких заходів: 1) санація кольпітів і ендоцервіцитів під час вагітності; 2) вакцинація вагітних стафілококовим анатоксинном; 3) обробка вагіни при вступі роділлі до родильного будинку і в процесі родів після кожного вагінального дослідження 1%-ним розчином йодопату; 4) додержання асептики і антисептики при зашиванні розривів тканин м'яких родових шляхів; 5) проведення кесарського розтину при безводному періоді не більше 8—10 год; 6) детальна оцінка стану породіллі перед випискою (лабораторне обслідування, огляд у дзеркалах і бімануальне дослідження). Проведення зазначених заходів привело до зниження (у 1977—1980 рр.) питомої ваги породіль, які захворювали після виписки, від 24,41 до 17,89%.

Висновки. 1. Останнім часом в структурі післяродових септичних захворювань збільшилась кількість перитонітів.

2. Септичні процеси після родів у 45% опосередкованого контингенту мають в'ялий, малосимптомний, затяжний перебіг, з переважаням легких і середніх форм тяжкості.

3. Пізній прояв післяродової інфекції призводить до того, що в деяких випадках септичні ускладнення виявляються після виписки жінок із родильного будинку.

4. Своєчасна діагностика септичних післяродових захворювань і комплексне лікування їх із застосуванням імуностимуляторів значно підвищує ефективність лікування.

ЛІТЕРАТУРА. 1. Аккерман Л. П. Клиника и терапия пuerперального эндометрита.— Акуш. и гин., 1970, № 10, с. 38—40; 2. Блошанский Ю. М. Особенности клиники и лечения перитонитов после кесарева сечения.— Вопр. охр. матер. и дет., 1971, № 8, с. 63—67; 3. Жученко П. Г., Рудюк Н. М. Кесарево сечение и послеродовой сепсис.— В кн.: Профилактика терминальных состояний у беременных, рожениц и родильниц. К.: Здоров'я, 1977, с. 59—68; 4. Закирова И. З., Бадриддинова М. С. О послеродовых инфекционных заболеваниях.— Акуш. и гин., 1976, № 4, с. 43—46; 5. Куликов В. И., Зак Н. Р., Куликова Н. Н. О профилактике и лечении послеродовых гнойно-септических заболеваний.— Там же, 1978, № 4, с. 37—40; 6. Слепых А. С. Абдоминальное кесарево сечение в современном акушерстве. М.: Медицина, 1968, 62 с.

Надійшла 06.01.89.

УДК 615.825:614.2.07:362.36

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАСОБАМИ ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ В РОДОПОМІЧНИХ ЗАКЛАДАХ

Г. М. АЗАРЕНКОВА, О. З. ЗАПІСОЧНИЦ,
І. П. ЧУМАЧЕНКО, Н. Р. ХОМЕНКО

Київ, НДІ мед. проблем фізичної культури МОЗ УРСР

В «Основних напрямках економічного і соціального розвитку СРСР на 1981—1985 роки і на період до 1990 року» визначено магістральні шляхи розвитку системи охорони здоров'я. Зокрема, вони передбачають дальше удосконалювання питань організації, підвищення рівня профілактичної і медичної допомоги жінкам і дітям, зниження захворюваності і дитячої смертності.