

СЛА — судинно-лімфат. апарат,
МА — м'язовий апарат шлунка,
СНС — симпатична нервова сист.,
ПНС — парасимпатична нерв. сист.,
ЦГР — центральна гуморальна рег.,
ПГР — система APUD,

«—» — пригнічує функцію.
* — у відношенні до клітин, що секретують, ПНС пригнічує синтез та активує видалення СНС.
** — після ваготомії ПНС схеми мусить бути відсутня чи її значення зменшується у відповідності до виду та якості операції.

Таким чином, виходячи з усього вищевикладеного, причини рецидивів ВХШ та ВХДК після ваготомії можливо розподілити на такі групи:

1. Технічні (хірургічні).
 - а. Неадекватна, неповна ваготомія — одна з ведучих причин.
 - б. Неадекватне дренування шлунка при дренуючих операціях.
 - в. Недосконалість оперативної техніки переважно на етапі скелетування малої, і в деяких випадках, великої кривизни шлунка. Також пошкодження нерва Латарже, пошкодження судинних структур шлунка, ятрогенна перфорація або травматизація стінки шлунка чи дуоденум і т. д.
2. Ендогенні. Ця група причин рецидивів обумовлена патофізіологічними процесами, що протікають в організмі.
 - а. Ускладнене спостереження шлунку.
 - б. Дуоденальний рефлюкс.
 - в. Порушення гормонального дзеркала, і в першу чергу зі сторони інтестинальних гормонів.
 - г. Порушення трофіки стінки шлунка.
 - д. Гастрінома підшлункової залози.
 - е. Зміни в системі васуляризації та мікроциркуляції і т. п.

3. Екзогенні. До цих факторів відносяться біологічні (бактерії, віруси) та небіологічні (органічні і неорганічні).

Аналіз наших досліджень ще раз підтверджує необхідність подальшого поглиблення знань про патогенетичні механізми виникнення постваготомічних станів з метою визначення чітких показань до ваготомії і покращення їх результатів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Амиров Н. Ж., Антонов Д. В., Белостоцкий Н. И., Трубицина И. Е., К вопросу о патогенезе язвообразования в эксперименте. — Тез. докл. III Всес. съезда патофизиологов, Москва, 1982, с. 24—25.
2. Байбеков И. М., Морфологическое исследование влияния ваготомии на пристеночную флору желудка и двенадцатиперстной кишки. — Бюлл. эксперим. биологии и медицины, Москва, 1986, т. 101, № 4, с. 496—498.
3. Герич Р. П., Влияние селективной проксимальной ваготомии на моторно-эвакуаторную функцию желудка в раннем послеоперационном периоде. Клиническая хирургия, Киев, 1984, № 8, с. 22—25.
4. Грушка В. А., Изменение кислотообразующей функции желудка при селективной проксимальной ваготомии. — Врачебное дело, Киев, 1987, № 12, с. 17—19.
5. Полинкевич Б. С., Ковальский М. П., Гройсман С. Д., Влияние ваготомии на интрамуральные нервные сплетения желудка — проблема реиннервации желудка после ваготомии. — Клиническая хирургия, Киев, 1990, № 8, с. 24—26.
6. Пурмалис В. Р., Макаренко Н. И., Причины неудовлетворительных результатов ваготомии и их предупреждение и коррекция. — Клиническая хирургия, Киев, 1989, № 8, с. 72—73.
7. Материалы XVI съезда хирургов Украины, Киев, 1988, с. 127—192.
8. Шварц В. Г., Роль изменений в гормональном аппарате желудочно-кишечного тракта после ваготомии. — Терапевтический архив, Москва, 1987, т. 59, № 2, с. 39—44.
9. Soubel D., Ashley S., Yan Z., Regional gastric mucosal blood flow after parietal cell vagotomy. — Surgery, 1986, v. 100, p. 167.

Розділ IV

АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ ГЕНЕТИЧНИЙ ГРУЗ ПОПУЛЯЦІЇ — В ЦЕНТРІ СУЧАСНИХ АКУШЕРСЬКИХ ПРОБЛЕМ

Михасюк С. Е., Макаренко Г. І.

Український
Державний медичний університет

Якщо врахувати, що кожна друга людина в сучасному суспільстві є носієм прихованого генного дефекту (Shmidtke S.), що біля 15% індивідів в репродуктивному віці мають контакт з мутагенами (Бочков Н. П.), що людство стоїть на порозі екологічної катастрофи, коли забруднення природного середовища хімічними засобами, що застосовуються в промисловості, сільському господарстві, побуті, порушення фізико-хімічних параметрів повітряного басейну, скорочення запасів чистої прісної води, плідючих ґрунтів (ВОЗ), а для наших регіонів — ще й радіоактивне забруд-

нення, є благоприємним мутаційним фоном — загроза генофонду людини очевидна.

Як відомо, в останні роки значно змінилось і розширилось поняття «генетичний груз популяції». В пренатальному періоді це неплідність (генетично детермінована в (5—10%) всіх шлюбів), мимовільні аборти (20% всіх вагітностей), мертвонародження (2—20 на 1000 новонароджених, при чому хромосомні аномалії виявляються у 6% з них, а частота генних мутацій не встановлена), народження незрілого плоду (2—8) % всіх вагітностей), вроджені вади розвитку та ін. (Вельтищев Ю. Е.), які являються суттєвими і ще далекими до остаточного вирішення акушерськими проблемами.

Виходячи з цього, нами була проаналізована динаміка вищезгаданої патології по місту Києву з 1986 року по даний час і виявлені наступні показники:

Неплідність за проаналізовані роки становила (12—16%) всіх шлюбів, що співпадає з даними літератури (Юнда И. Ф., Иванюта Л. И. и др.).



Colposcope KSK 111

- яркое освещение галогенной лампой
- одно значение увеличения
- удачная конструкция — выгодная цена



Colposcope 99

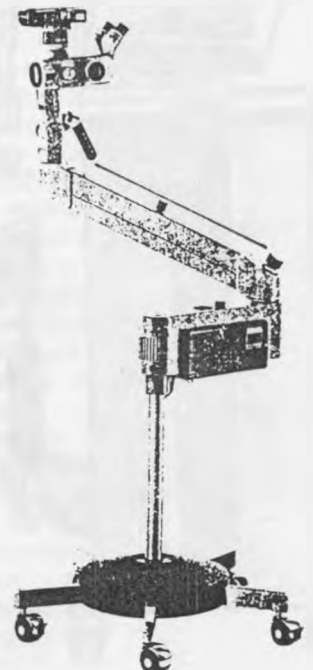
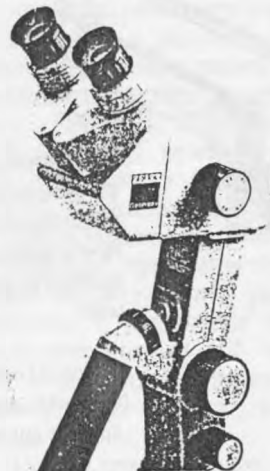
- освещение высокой интенсивности
- компактный дизайн
- встроенный 3х-ступенчатый сменник увеличения

Colposcope 130 FC

- освещение высокой интенсивности
- компактная конструкция
- возможность доукомплектации 3х-ступенчатым сменником увеличения и ТВ-документации

Colposcope 150 FC

- встроенный 5и-ступенчатый сменник увеличения
- удобное обслуживание одной рукой
- возможность доукомплектации системами ТВ и малоформатной фотографии



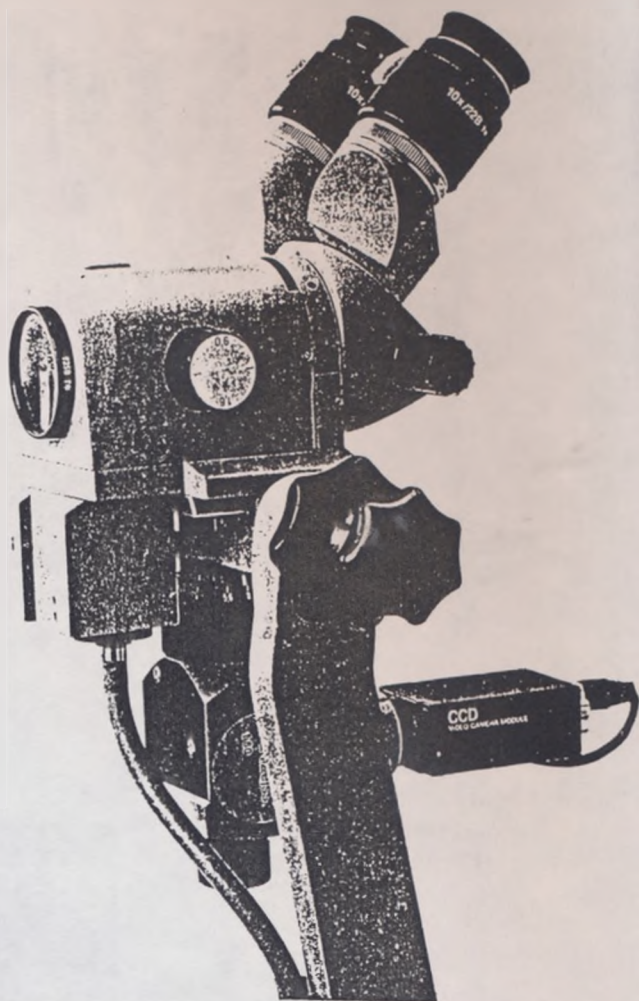
Colposcope Plus

прибор, особенно рекомен—
дующийся себя для всех
случаев диагностики, доку—
ментации и терапии

встроенный 3х—ступенчатый
сменник увеличения

делитель хода лучей позволяет
подключить ТВ, 35 мм—камеру
или тубус для второго наблю—
дателя

доукомплектация до настоящего
рабочего места применения
лазерного луча CO₂—лазеров
разной мощности

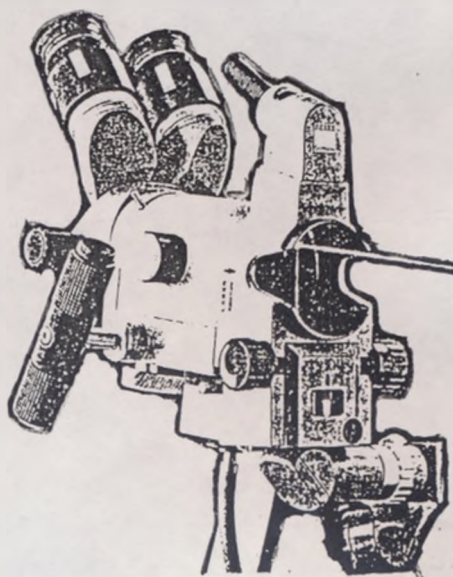


Zeiss colposcopes and Zeiss OPMILAS CO₂ Lasers

Zeiss OPMILAS CO₂—лазерные
системы стыкуемы с приборами
Colposcope 150 FC и Colposcope Plus
через специальный адаптер

микроманипулятор для точной
фокусировки лазерного луча и
прецизионная регулировка энергии
пучка позволяют врачу аккуратно
применять этот мощный инстру—
мент

лазеры и кольпоскопы можно
применять раздельно, независимо
друг от друга работающие системы



В структурі недоношеності по місту, яка за 1986—1992 роки коливається від 4,4 до 6,3% (на 100 пологів), переважають передчасні пологи. Якщо врахувати, що 40% померлих новонароджених народжується передчасно (Бережний В. В.), то стає зрозумілим необхідність нових підходів до питань профілактики та терапії недоношування вагітності.

Динаміка мертвонароджуваності та перинатальної смертності по місту Києву за 1986—1992 роки представлена в таблиці:

Таблиця

Роки	Перинатальна смертність (промилле)	Мертвонароджуваність (промилле)
1986	17,5	9,0
1987	17,0	9,6
1988	17,0	9,5
1989	15,0	8,1
1990	13,3	7,4
1991	14,4	7,5
1992	15,6	7,1

Із таблиці видно, що перинатальна смертність, маючи деяку тенденцію до зниження в 1987—1989 роках, з 1990 року знову почала зростати (правда, залишаючись на середніх значеннях).

Мертвонароджуваність на даний час має деяку тенденцію до зниження.

В структурі перинатальної захворюваності та смертності на протязі останніх років провідну роль відіграють синдром дихальних розладів та вроджені вади розвитку. Синдром дихальних розладів, як правило, зумовлений знову ж таки недоношеністю.

Що стосується вроджених вад розвитку, то в порівнянні з дочорнобильським періодом, їх кількість за даними родопоміжних установ міста Києва зростає на 43%, $p < 0,01$ (за матеріалами департаменту охорони здоров'я м. Києва).

Отже, підсумовуючи вищесказане, можна зробити висновок, що «генетичний груз популяції» по місту Києву з 1986 року по даний час поки що не має чіткої тенденції до зростання, але вже зараз можна сказати однозначно: зростає кількість вроджених вад розвитку плоду, і невідкладність профілактичних заходів очевидна. Очевидно й те, що прогрес в сучасній акушерській науці й медицині в цілому тісно пов'язаний з розвитком досліджень в області клінічної генетики і можливостями використання її досягнень в медичній практиці, що дозволить успішно вирішувати не тільки сьогоденні, але й нові складні питання, що стосуються здоров'я майбутніх поколінь. Це диктує проблему озброєння сучасного лікаря вичерпними знаннями з клінічної генетики, яку повинні вирішувати наші медичні вузи.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бережний В. В. Організаційні питання зниження дитячої смертності в Україні. Педіатрія, акушерство і кінекологія.— 1992.— № 3. — с. 5—8.

2. Бочков Н. П., Чеботарев А. Н. Наследственность человека и мутагены внешней среды. М., Медицина.— 1989.— 269 с.

3. Вельтишев Ю. В., Казанцева Л. З. Клиническая генетика: значение для педиатрии, состояние и перспективы. Материнство и детство.— 1992.— № 8—9.— с. 4—11.

4. ВОЗ.— 1990.— 182 с.

5. Юнда И. Ф., Иванюта Л. И., Имшинецкая Л. П. и др. Бесплодие в супружестве. К., Здоров'я.— 1990.— 462 с.

6. Schmidtke S. Der immunologisch bedingte Fruhbort. Mitt. Dtsch. Ges. Klin. Chem.— 1989.— Bd 20.— S. 68—69.

АНАЛІЗ ЗАГАЛЬНОЇ КІЛЬКОСТІ ЗАСМІЧЕНОСТІ ПОЛОГОВИХ ШЛЯХІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ЕНДОМІОМЕТРИТУ ПІСЛЯ ПОЛОГІВ

О. А. Колот, В. Я. Голота

Український

Державний медичний університет

Незважаючи на певні успіхи в діагностиці і широкі можливості терапії запальних захворювань і ускладнень, в останнє десятиріччя в усьому світі відмічається зростання частоти і важкості ускладнень післяпологового періоду (Б. Л. Гуртовой и соавт., 1981).

Найбільш розповсюдженою формою післяпологової інфекції до нинішнього часу залишається ендоміометрит, який зустрічається у 0,5—10,9% фізіологічних пологів (И. Р. Зак и соавт., 1985), у 18—20% породіль після ускладнених пологів (В. И. Кулаков и соавт., 1984) і досягає 45% після кесарського розтину (С. Д. Воропаева и соавт., 1986).

Для лікування післяпологових ендоміометритів частіше всього застосовується традиційна комплексна терапія, що містить антибактеріальні, дезінтоксикаційні, десенсибілізуючі засоби, утеротонічні та вітамінні препарати, а також використання засобів, які спрямовані на корекцію імунологічних порушень.

Перебіг гнійно-запального процесу, можливість генералізації інфекції та кінець захворювання в цілому визначається характером та станом первинного вогнища. Успіх лікування породіль з місцевими гнійно-запальними процесами неможливий без надійної санації первинного вогнища інфекції (И. А. Генык и соавт., 1986; В. М. Уткин и соавт., 1988).

Мета даної праці — визначити роль місцевого лікування з використанням антибактеріального препарату балізу-2 в комплексній терапії ендоміометриту після пологів.

Тривале проточне промивання порожнини матки охолодженим розчином балізу-2 було включене в комплекс терапії післяпологового ендоміометриту у 105 породіль (основна група). Контрольну групу склали 70 хворих, котрим проводилось загальноприйняте лікування.

Для підтвердження ефективності здійснених лікувальних заходів ми провели аналіз кількісної мікробної засміченості пологових