

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

шляхів (вміст порожнини матки) в динаміці перебігу післяпологового ендоміометриту.

Аналіз загальної кількості засміченості аеробними та анаеробними мікроорганізмами виявив, що ступінь засміченості корелює з важкістю клінічного перебігу захворювання. При легкій формі ендоміометриту переважав мізерний ріст мікроорганізмів ( $10^2-5 \cdot 10^2$  КУО/мл). Вміст мікробів  $10^4-9 \cdot 10^4$  КУО/мл відповідав середній ступені інфекційного процесу. При важкому перебігу ендоміометриту частіше відмічається ступінь загальної засміченості  $10^5-10^8$  КУО/мл. Таким чином, визначення ступеню колонізації матки являється важливим критерієм оцінки важкості запального процесу.

В процесі проведеної роботи було виконане послідовне бактеріологічне дослідження пологових шляхів до та після лікування.

В таблиці представлені дані про вплив проведеної терапії на бактеріальну засміченість пологових шляхів при ендоміометриті після пологів.

Вплив проведеного лікування на бактеріальну засміченість пологових шляхів при ендоміометриті після пологів

Ступінь бактеріальної засміченості, КУО/мл	Показник Бактеріальної засміченості			
	Контрольна група, (n=70)		Основна група, (n=105)	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
до $9 \cdot 10^2$	$1,0 \cdot 10^2$	росту немає	$1,8 \cdot 10^2$	росту немає
$10^3-9 \cdot 10^4$	$7,4 \cdot 10^3$	$6,3 \cdot 10^2$	$2,6 \cdot 10^4$	росту немає
$10^5-9 \cdot 10^6$	$4,0 \cdot 10^5$	$1,8 \cdot 10^3$	$1,3 \cdot 10^2$	$1,3 \cdot 10^6$
$10^7$	$5,5 \cdot 10^7$	$5,4 \cdot 10^7$	$2,8 \cdot 10^8$	$8,0 \cdot 10^2$

З таблиці випливає, що включення в комплексну терапію при ендоміометриті місцевого лікування — тривале проточне промивання порожнини матки охолодженим розчином балізу-2, дозволяло зменшити бактеріальну засміченість на 4—6 порядків. Треба відзначити, що ефективність санації матки балізом-2 практично не залежить від ступені початкової бактеріальної засміченості.

В контрольній групі загальноприйняте лікування зумовило відсутність зростання мікроорганізмів у вмісті порожнини матки тільки при низькому ступені її бактеріальної засміченості. При засміченості  $10^3-10^5$  КУО/мл застосована терапія дозволяла зменшити її на 1—2 порядки (до  $10^2-10^3$  КУО/мл), а при важких формах ендоміометриту суттєво не впливала на її показники.

Таким чином, отримані результати аналізу загальної кількісної засміченості пологових шляхів роблять цілком обґрунтованим включення місцевого лікування — тривалого проточного промивання порожнини матки охолодженим розчином балізу-2 в комплексну терапію після пологового ендоміометриту.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Воропаева С. Д., Соколова И. Э., Емельянова А. И., Кочиева С. К., Роль неспорообразующих анаэробов в возникновении послеродового эндометрита // Акушерство и гинекология. — 1986. — № 8. — с. 27—30.
2. Геньк И. А., Геньк Н. И., Кушнир Е. Л., Лызин М. А., Лановой И. Д. Профилактика осложнений после операции кесарева сечения // Акушерство и гинекология. — 1986. — № 1. — С. 54—55.
3. Гуртовой Б. Л., Серов В. Н., Макацария А. Д. Гнойно-септические заболевания в акушерстве. — М.: Медицина, 1981. — 256 с.
4. Зак И. Р., Сучильникова И. Н., Смекуна Ф. А. Послеродовой эндометрит: этиология, клиника, диагностика и лечение // Акушерство и гинекология. — 1985. — № 11. — с. 71—74.
5. Кулаков В. И., Зак И. Р., Куликова Н. Н. Послеродовые инфекционные заболевания. — М.: Медицина, 1984. — 160 с.
6. Уткин В. М., Чикин В. Г., Глуховец Б. И., Половинкин А. А. Лечение послеродового эндометрита длительным промыванием матки фурацилином // Вопросы охраны материнства и детства. — 1988. — Т. 33, № 2. — с. 70—71.

## ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКАНИРОВАНИЯ ДЛЯ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ЗРЕЛОСТИ ПЛОДА В ПРОФИЛАКТИКЕ И ТЕРАПИИ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

М. Л. Чехонацкая, Д. В. Сафронов, Д. Н. Чувашкин

Саратовский медицинский институт

Недостаточная зрелость плода стоит на одном из первых мест в структуре перинатальной заболеваемости и смертности. Известно, что зрелость плода определяется зрелостью его легочной ткани. Применяемые для этого методы исследования околоплодных вод являются инвазивными и связаны с риском для матери и плода. Связи с этим, перспективными являются поиски ультразвуковых параметров оценки зрелости плода.

Целью настоящей работы явилась разработка комплексной оценки зрелости плода по фетометрии, эхографической картине плаценты, легких, центров окостенения длинных трубчатых костей для прогнозирования синдрома дыхательных расстройств (СДР).

Для решения поставленной задачи было обследовано 770 женщин в сроки беременности 21—40 недель. Все обследованные были разделены на две группы. В I группу вошли 314 соматически здоровых женщин с физиологическим течением беременности в возрасте от 18 до 39 лет. Во всех наблюдениях отмечено соответствие биометрических показателей плода сроку гестации. Роды у 93,3% беременных произошли через естественные родовые пути в сроки 38—40 недель, у 1,5% — выполнена операция кесарева сечения в сроки 29—37 недель по поводу несостоятельности рубца на матке. Средняя масса тела доношенных новорожденных составила 3481 г, оценка по шкале Апгар 8—10 баллов.

Вторую группу составили 456 женщин в возрасте от 19 до 42 лет с осложненным те-