

Штаммы стафилококка, выделенные из гноя больных, оказались высокочувствительными к гентамицину, фузидину, рифампицину, линкомицину, оксациллину, метициллину, канамицину, мономицину, неомицину и устойчивыми к левомицетину, стрептомицину, ампициллину, бензилпенициллину, эритромицину, тетрациклину. Культуры протей характеризовались высокой чувствительностью к 2 антибиотикам: гентамицину и карбенициллину. Выделенные от больных маститом штаммы стафилококка обладали высокой чувствительностью к поливалентному стафилококковому бактериофагу.

Для лечения больных гнойным маститом применяли стафилококковый бактериофаг, изготовленный в Тбилисском НИИ вакцин и сывороток МЗ СССР и адаптированный к выделенным от больных штаммам стафилококка. Терапия гнойного мастита включала сочетание оперативного вмешательства с неоперативными методами лечения. Операцию производили в день поступления больной в стационар или на следующий день, сразу же делали тампонаду раны с применением стафилококкового бактериофага. Перевязки производили ежедневно. В зависимости от формы мастита ежедневная доза бактериофага в первые 3—4 дня составляла от 20 до 60 мл, затем постепенно дозу снижали до 20—15—10—5 мл. В среднем на курс лечения расходовалось от 100 до 300 мл бактериофага.

Одновременно в соответствии с тяжестью заболевания проводили дезинтоксикационную и десенсибилизирующую терапию. Начиная со 2—3-х суток после операции больным назначали физиотерапевтическое лечение (УВЧ, УФО, диатермию, кварц).

У 28 больных 1-й группы, получавших фаг, температура снизилась до нормы в первые 2—3 дня после операции, у 4 больных — на 3—5-й день (только у 1 больной с обширным поражением молочной железы температура держалась в пределах 37,6—38,2°C более 5 дней). Уменьшились боли, исчезало чувство дискомфорта в молочной железе, изменялась окраска кожи над инфильтратом; операционные раны очищались от гнойного отделяемого на 5—7-е сутки, наблюдался активный рост грануляций и выполнение ран. Количество гноя резко уменьшалось уже на 2—3-и сутки, к концу лечения отделяемое ран было прозрачным или с примесью молока.

Показатели крови нормализовались к 7—14-му дню пребывания больных в стационаре. При повторных микробиологических исследованиях отделяемого операционных ран бактериологической стерильности не отмечено, хотя имелся выраженный клинический эффект.

У больных 2-й группы при исследовании гноя наряду со стафилококком выделялись грамотрицательные бактерии, наиболее часто протей. Поэтому им наряду с бактериофагом назначали гентамицин, к которому все выделенные штаммы протей были чувствительны. Гентамицин в первые 2—3 дня после операции применяли внутримышечно в дозе 80 мг 3 раза в сутки, затем дозу снижали до 80 мг 2 раза в сутки. Курс лечения продолжался 6—10 дней в зависимости от тяжести процесса. У больных этой группы быстрее улучшалось общее состояние, нормализация температуры происходила почти в те же сроки, наблюдалось активное выполнение ран грануляциями и не было рецидивов, которые требовали бы повторного оперативного лечения. Проведенное после курса сочетанной терапии бактериологическое исследование отделяемого из послеоперационных ран выявило у всех больных этой группы микробиологическую стерильность.

Таким образом, стафилококковый бактериофаг оказался эффективным при лечении гнойного, особенно абсцедирующего, мастита, когда имеется четко ограниченный очаг инфекции. Бактериофаг способствует быстрому очищению ран от гнойного отделяемого и активизирует выполнение их грануляциями. При более тяжелом течении мастита бактериофаг целесообразно сочетать с антибиотиками широкого спектра действия. В частности, при контаминации раны протеем эффективно сочетание бактериофага с гентамицином, к которому чувствительны как штаммы протей, так и штаммы стафилококка.

Поступила 24 мая 1977 г.

УДК 618.2+618.4]—053.71

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЮНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ

Л. И. Уразаева

*Кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Т. И. Степанова) Башкирского
медицинского института им. 15-летия ВЛКСМ*

Реферат. Проанализировано течение беременности и родов у 244 женщин в возрасте от 13 до 17 лет и у 100 женщин в возрасте от 19 до 24 лет. Установлено, что осложнения беременности и родов (слабость родовой деятельности, преждевременные роды, кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах) чаще возникают у юных первородящих. Это дает основание выделить данный контингент женщин в группу повышенного риска.

Изучение особенностей течения беременности и родов у юных первородящих в настоящее время приобретает особо важное значение в связи с увеличением их числа в экономически развитых странах. По данным ряда отечественных и зарубежных авторов, беременность и роды до 17 лет нередко сопряжены с различными осложнениями: поздними токсикозами, недонашиванием, кровотечениями в родах, травматизмом мягких родовых путей, послеродовыми заболеваниями. Вместе с тем существует мнение [1 и др.], что подростковый возраст является идеальным для плодношения. Разноличность выводов, отсутствие единых взглядов на оптимальный возраст для вынашивания беременности явились основанием для дальнейшего исследования этой проблемы.

Нами проведен анализ течения беременности и родов у 214 женщин в возрасте от 13 до 17 лет, а также у 100 женщин в возрасте от 19 до 24 лет, составивших контрольную группу (отбор в эту группу производили «слепо» методом — брали каждую десятую по журналу приемного отделения в соответствующем возрасте).

У юных первородящих сужение таза выявлено в 8,8%, а в контрольной группе — в 6%. Поздний токсикоз диагностирован у юных в 12,4%, в контрольной группе — в 11%, угроза прерывания беременности на сроках от 9 до 28 недель — соответственно в 5,1 и в 12%. Среди юных первородящих 7% не посещали женскую консультацию, остальные встали на учет после 20 недель беременности и посещали консультацию нерегулярно.

Срочные роды у юных первородящих наблюдались в 90,9%, преждевременные в 7,8% и запоздалые в 1,3%; в контрольной группе — соответственно у 86%, 3% и 11%. Наши данные указывают на большой процент преждевременных родов у юных первородящих. Однако следует отметить, что роды наступали, как правило, при сроке беременности 32—37 недель. Надо полагать, что высокий процент преждевременных родов зависит от склонности юных первородящих к краткосрочной беременности. У 96% женщин контрольной группы и у 96,5% юных первородящих роды происходили в головном предлежании, у остальных — в тазовом.

Осложнения в родах — несвоевременное излитие вод и слабость родовой деятельности — наблюдались у юных соответственно в 17% и 9%, в контрольной группе в 34% и 6%, кровотечение в послеродовом и раннем послеродовом периодах (свыше 400 мл до 800 мл) — у юных первородящих в 4%, у женщин контрольной группы в 2%, быстрые роды — в 12,6% и в 14%. Роды закончились оперативным вмешательством у юных первородящих в 0,9%. В связи со слабостью родовой деятельности и начавшейся асфиксией плода у одной роженицы плод извлечен при помощи вакуум-экстрактора, а у другой — выходными акушерскими щипцами. У женщин контрольной группы оперативных вмешательств не было.

Средняя масса тела новорожденных была равна у юных первородящих 2870 ± 280 г, в контрольной группе — 3418 ± 282 г, оценка по шкале Апгар — соответственно 8,6 и 9,1 балла. Мертворождаемость у юных первородящих составила 0,9%, в контрольной группе мертворожденных не было. Крупные плоды наблюдались в 4% у юных первородящих и в 6% у женщин контрольной группы. Родовой травматизм встречался одинаково часто: разрывы промежности констатированы в 9,6% у юных первородящих и в 9% в контрольной группе.

Учитывая значительный процент аномалий родовой деятельности, недонашивание беременности, мы исследовали характер сократительной деятельности матки во время беременности и в первом периоде родов методом высокочастотной электроплетизмографии (по Г. А. Шминке и В. Н. Кузнецову, 1969) у 38 юных первородящих и у 22 женщин контрольной группы. У них же во время беременности (38—40 недель) с

целью определения готовности организма к родам проводили запись сократительной активности матки, пальпаторную оценку шейки матки, изучали окситоциновый тест, кольпоцитогранию. Оказалось, что у юных первородящих фоновые гистерограммы характеризовались более высоким общим уровнем ($26,4 \pm 6,3$ у. е.), чем в контрольной группе ($14,3 \pm 0,8$ у. е.; $P = 0,05$). После введения окситоцина на плетизмограммах у 36 юных первородящих были зарегистрированы комплексы сокращений или одиночные сокращения, а у 2 сокращения матки были в виде контрактуры. Сравнительно часто у юных первородящих отмечается незрелость шейки матки. Зрелая шейка матки была выявлена лишь у 9 женщин из 38. Незрелость шейки матки была также под-

Характер сократительной деятельности матки в первом периоде родов

Показатели сократительной деятельности матки	Раскрытие шейки матки, в см					
	1,5—4		5—8		9—10	
	юные первородящие	контроль	юные первородящие	контроль	юные первородящие	контроль
Амплитуда сокращений, <i>ом</i>	$0,45 \pm 0,112$	$0,3 \pm 0,07$	$0,38 \pm 0,05$	$0,17 \pm 0,12$	$0,8 \pm 0,27$	$0,48 \pm 0,12$
Продолжительность сокращений, <i>сек.</i>	$56,4 \pm 3,5$	$38,8 \pm 2,5$	$63,8 \pm 2,3$	$42,6 \pm 5,0$	$72,0 \pm 4,3$	$68,6 \pm 7,2$
Частота за 10 <i>мин.</i>	$2,5 \pm 0,3$	$3,0 \pm 0,4$	$2,7 \pm 0,1$	$3,3 \pm 0,3$	$3,3 \pm 0,3$	$3,0 \pm 0,4$
Коэффициент асимметрии	0,6	0,63	0,63	0,65	0,84	0,7

тверждена и кольпоцитологическими исследованиями, которые выявили цитотип II—III. Вместе с тем в контрольной группе зрелая шейка матки была у 14 женщин из 22, кольпоцитограния дала цитотип III, окситоциновый тест был положителен у 18 женщин.

В первом периоде родов сократительная деятельность матки у юных первородящих характеризовалась увеличением продолжительности сокращений по сравнению с контролем (см. табл.).

У всех юных женщин роды закончились через естественные родовые пути, несмотря на анатомическое недоразвитие таза у некоторых из них. Это в определенной степени обусловлено большой частотой преждевременных родов и маловесными плодами у юных первородящих. Ввиду большого процента токсемиков, преждевременных родов, осложнений в родах (аномалии родовой деятельности, кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах) юные первородящие должны находиться на диспансерном наблюдении как группа повышенного риска. Родоразрешение необходимо вести по плану, в котором были бы учтены указанные осложнения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов В. И. Беременность и роды у юных первородящих. Казанский мед. ж., 1964, 1. — 2. Шминке Г. А., Кузнецов В. Н. Бюлл. exper. биол. и мед., 1969, т. 67, № 3.

Поступила 1 декабря 1977 г.