

ационного мастита связывают с наличием у рожениц факторов риска, свидетельствующих о недостаточности иммунологической резистентности организма.

Мы исследовали бактериальную обсемененность молока рожениц из группы риска параллельно с определением в нем активности лизоцима. В группу риска вошли роженицы, у которых в анамнезе были мастит, очаги хронической инфекции; ОРВИ во время беременности, родов, послеродовом периоде, другие лихорадящие состояния; лактостаз; затяжные роды; тяжелые формы токсикоза II половины беременности.

Исследование проведено в динамике у 102 рожениц на 5—6 и 15—16-е сутки послеродового периода. Из числа обследованных 67 рожениц были из группы риска, 35 — из контрольной (совершенно здоровые роженицы). По возрастному составу и количеству перво- и повторнородящих обе группы были приблизительно идентичными. Взятие молока на бактериологическое исследование и активность лизоцима производили из обеих молочных желез по общепринятой методике. Для количественного определения микрофлоры делали посев цельного молока (0,1) и в разведенных 1:10; 1:100 стерильным физиологическим раствором на кровяной агар с последующим подсчетом числа выросших колоний и изучением видового состава микрофлоры. Активность лизоцима определяли турбидиметрическим методом после центрифугирования молока при 10 тыс. об./мин в течение 15—20 мин на холоде для достижения его необходимой прозрачности.

В группе риска среднее количество микробных тел (МТ) в 1 мл молока было $3,0 \cdot 10^3 \pm 4,9 \cdot 10^2$ МТ/мл, тогда как в контрольной группе — $1,0 \cdot 10^3 \pm 4,3 \cdot 10^2$ МТ/мл ($P < 0,001$).

В группе риска частота высеваемости составила $82,8 \pm 2,7\%$, в контрольной группе — $61,4 \pm 5,4\%$ ($P < 0,001$). Наиболее часто в группе риска высевался эпидермальный стафилококк ($54,4 \pm 4,3\%$), затем золотистый стафилококк ($8,9 \pm 2,4\%$). Аналогичные данные получены в контрольной группе, хотя и с меньшей частотой (соответственно $40,0 \pm 5,8\%$ и $5,7 \pm 2,7\%$). При повторном исследовании на 15—16-е сутки послеродового периода у женщин контрольной группы выявлена тенденция к снижению частоты высеваемости и количественного уровня микрофлоры. В группе риска эта тенденция была гораздо слабее.

В группе риска средняя активность лизоцима на 6-е сутки после родов составила $62,0 \pm 3,4$ мкг/мл, в контрольной — $87,0 \pm 5,1$ мкг/мл ($P < 0,001$). На 15—16-е сутки после родов средняя активность лизоцима в обеих группах повысилась: в группе риска — до $80,1 \pm 5,4$ мкг/мл, у здоровых — до $103,0 \pm 2,3$ мкг/мл ($P < 0,001$).

Была прослежена динамика активности лизоцима молока в зависимости от нарастания его количественной обсемененности. При дальнейшем нарастании уровня обсемененности тенденция к увеличению активности лизоцима в контрольной группе сохранялась и составила в среднем $148,6 \pm 17,0$ мкг/мл при обсемененности $1 \cdot 10^3$ МТ/мл, тогда как в группе риска активность лизоцима практически не изменялась ($88,4 \pm 6,7$ мкг/мл на том же уровне обсемененности). С дальнейшим количественным ростом микрофлоры ($2 \cdot 10^3$, $3 \cdot 10^3$, $6 \cdot 10^3$) активность лизоцима в обеих группах снижалась, что было связано, по всей вероятности, с его потреблением, но в контрольной группе она оставалась на более высоком уровне.

За всеми роженицами проводили динамическое наблюдение в течение 4 месяцев. В результате установлено, что из числа рожениц группы риска у 10 (14,9%) развился лактационный мастит. На 9—15-е сутки после родов заболели 3 роженицы, на 16—20-е — 6, на 22-е — одна, из них у 2 констатирован гнойный мастит, у 7 — инфильтративный, у одной — серозный. В контрольной группе лактационный мастит возник у одной роженицы (2,9%) на 12-е сутки после родов ($P < 0,001$). У всех рожениц группы риска, у которых впоследствии развился лактационный мастит, активность лизоцима молока в родильном доме не превышала 90 мкг/мл.

Следовательно, роженицам с неблагоприятными факторами риска, с высоким уровнем обсеменения молока и низкой активностью в нем лизоцима необходимо, кроме прочих лечебных и профилактических мероприятий, проведение иммуностимулирующей терапии.

УДК 618.414.8—02:618.43

Т. Г. Сулейманова (Казань). Исходы беременности и родов для плода и новорожденного при несвоевременном отхождении околоплодных вод

До настоящего времени не решен вопрос о влиянии несвоевременного отхождения околоплодных вод на родовой акт, состояние плода и развитие в дальнейшем новорожденного. Мы провели клинико-статистический анализ 564 срочных родов. Преждевременное отхождение околоплодных вод было у 117 (20,7%) рожениц (основная группа), своевременное — у 447 (контрольная группа).

Экстрагенитальные заболевания (пиелонефрит, гипертоническая болезнь, хронический тонзиллит), хронические гинекологические заболевания воспалительной этиологии в анамнезе у женщин основной группы отмечены в 1,5 раза чаще, чем в контрольной ($P < 0,05$, $P < 0,01$), патология шейки матки — в 3 раза чаще ($P < 0,05$).

Несвоевременному отхождению околоплодных вод способствовали ОРЗ (грипп, ангина, пневмония) и кольпиты, которые встречались соответственно в 2 (21,4% против 10,6%) и в 3 (31,6% против 10,7%) раза чаще ($P < 0,001$), чем в контроле.

В основной группе по сравнению с контрольной беременностью чаще осложнялась различными факторами: ранним токсикозом — в 3 раза (соответственно 39,3% и 13,0%, $P < 0,001$), поздним токсикозом — в 1,5 раза (41,9% и 27,7%, $P < 0,01$), угрозой прерывания беременности — в 1,7 раза (26,5% и 15,6%, $P < 0,01$), тазовым предлежанием — в 6 раз (5,1% и 0,8%, $P < 0,01$), узким тазом — в 5 раз (5,1% и 1,8%, $P < 0,05$). У некоторых женщин основной группы было сочетание нескольких факторов.

Продолжительность безводного периода составляла в среднем $1293 \pm 31,5$ мин, у 111 рожениц — от 25 до 60 ч. У 4 женщин этой группы плоды погибли от внутриутробной пневмонии.

Наиболее частым осложнением родового акта в основной группе являлись аномалии родовой деятельности (15,4% против 3,6%, $P < 0,001$).

Оперативные вмешательства производились в основной группе в 2 раза чаще (12,8% против 6,3%, $P < 0,05$), чем в контрольной. Кровопотеря в основной группе была меньше допустимой — в среднем 118 ± 43 мл ($P < 0,05$).

Показатели массы тела новорожденных у женщин основной группы равнялись в среднем 3138 ± 44 г, у женщин контрольной группы — 3316 ± 52 г ($P < 0,05$); гипоксия плода встречалась соответственно в 38,5% и 22,6% случаев ($P < 0,001$).

У новорожденных из основной группы инфекционная патология, особенно пневмония, регистрировалась в 3,4 раза чаще, чем у детей в контроле. Диагноз внутриутробного инфицирования был констатирован у 53,0% новорожденных в основной группе и у 17,2% — в контрольной ($P < 0,001$). У этих детей имели место нарушения адаптации периода новорожденности, выражавшиеся в снижении общей двигательной активности, вялом акте сосания, малой прибавке массы тела, запоздалом восстановлении первоначальной массы, длительной иктеричности, позднем отпадении пуповины и более позднем заживлении пупочной раны. В дальнейшем $1/3$ детей была выписана домой здоровыми, остальные были переведены в детское отделение для выяснения диагноза.

Таким образом, несвоевременное отхождение околоплодных вод является одним из проявлений суммарного влияния патологий, возникающей до беременности и во время нее и приводящей к развитию фетоплацентарной недостаточности, которая, на наш взгляд, объясняет более низкие показатели массы тела детей.

УДК 618.514—007.43

Ф. А. Мифтахова, В. С. Курятникова (Казань). Самопроизвольный выворот матки в родах

К тяжелым осложнениям третьего периода родов относится выворот матки, который может произойти при неотделившемся детском месте или же после его выделения. Выворот матки возникает при изменении ее функциональных свойств, давления на дно матки со стороны брюшной стенки или при потягивании за пуповину прикрепленной к дну матки плаценты.

Приводим наше наблюдение.

В родильное отделение 4-й городской больницы г. Казани поступила роженица З., 22 лет, с доношенной беременностью. Беременность и роды первые. При первичном осмотре роженицы со стороны внутренних органов патологических изменений не установлено. Живот равномерно выпячен, соответствует доношенной беременности. Положение плода продольное, головное предлежание, вторая позиция, передний вид. Головка малым сегментом во входе в малый таз.

По данным наружного исследования предполагаемая масса тела плода — 2900 г. Размеры таза нормальные. Воды не изливались. Схватки через каждые 3—4 мин продолжительностью до 35—40 с. Сердцебиение плода — 136 ударов в 1 мин справа ниже пупка.

Объективно: влагалище нерожавшей, емкость таза хорошая, шейка матки соглажена, открытие зева на 5—6 см, края шейки тонкие, плодный пузырь цел, плоский. Головка малым сегментом во входе в малый таз, мыс недостижим. Диагноз: беременность 40 нед, роды срочные, первые, I период родов, плоский пузырь.

Из анамнеза установлено, что первые месячные появились с 14 лет, установились сразу, по 7 дней, через 23 дня, обильные, безболезненные. Половой жизнью живет с 21 года. Данная беременность протекала нормально. По данным карты беременной, никаких заболеваний не установлено, группа крови IV (AB), Rh+, Hb — 1,9 ммоль/л. Рост беременной — 167 см, астеническая конституция, масса тела — 62,5 кг.

Через 12 ч 55 мин от начала схваток родила живую доношенную девочку массой тела 3100 г. II период продолжался 15 мин. В момент прорезывания головки при ухудшении сердцебиения плода произведена левосторонняя эпизиотомия. Через 5 мин самостоятельно родился послед и как бы повис на задержавшихся во влагалище плодных оболочках. При пальпации брюшной стенки тело матки не определялось. Запо-