

некоторого времени (от нескольких часов до суток). Так, у 180 беременных с АВО-конфликтом, за которыми мы наблюдали, не было ни одного случая преждевременных родов, мертворождений или врожденной желтухи. Беременным с АВО-конфликтом не требуется гипосенсибилизирующего лечения, но для исключения возможных натальных повреждений вследствие несвоевременной диагностики гемолитической болезни новорожденных их следует включить в группу риска с соответствующей отметкой в индивидуальной карте.

Резус-отрицательные несенсибилизированные первобеременные, получившие в послеродовом (послеабортном) периоде в целях профилактики сенсибилизации анти-D-глобулин, должны находиться под строгим наблюдением врача женской консультации.

Таким образом, женская консультация играет ведущую роль в решении проблемы иммуноконфликтной беременности. Дальнейшее снижение перинатальной смертности от гемолитической болезни новорожденных возможно только при слаженной совместной работе женской консультации и резус-центра.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гуревич П. С. Гемолитическая болезнь новорожденных. Автореф. докт. дисс., Казань, 1970.— 2. Пьянзина Я. А., Исаева Е. Г., Сластен О. П. В кн.: Республиканский сборник научных трудов «Организация акушерско-гинекологической помощи в РСФСР». М., 1980.

Поступила 20 декабря 1983 г.

УДК 618.29:362.7

АНТЕНАТАЛЬНАЯ ОХРАНА ПЛОДА В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Е. В. Белогорская, Л. А. Кузнецова

Кафедра детских болезней (зав.—заслуж. деят. науки ТАССР проф. Е. В. Белогорская) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

В системе охраны здоровья матери и ребенка важную роль играет женская консультация. Патология, приводящая к мертворождению и смерти новорожденных, в 63% случаев возникает в антенатальном периоде [3]. В связи с этим снижение заболеваемости новорожденных, предупреждение и сокращение детской и перинатальной смертности зависят от повышения эффективности антенатальной охраны плода. В настоящее время особого внимания заслуживает дальнейшее улучшение работы женских консультаций, укрепление их связи с детскими поликлиниками, родильными домами и лечебно-профилактическими учреждениями, обслуживающими женщин детородного возраста.

Наши наблюдения за последние 15 лет свидетельствуют о том, что у детей, родившихся у матерей с различными экстрагенитальными заболеваниями и токсикозом беременности, возникают более тяжелые формы болезней. Неблагоприятные условия внутриутробного развития оказывают существенное влияние не только на растущий плод, но и на дальнейшее постнатальное формирование его иммунитета и защитно-приспособительных механизмов. Так, на фоне респираторной вирусной инфекции у большинства новорожденных, матери которых страдали токсикозом беременности, развивалось осложнение в виде пневмонии, сопровождающейся дисфункцией коры надпочечников. Исследование суммарных и свободных 11-ОКС у таких детей на протяжении всего заболевания выявило у них более выраженное снижение этих показателей, чем у детей, рожденных здоровыми матерями [7].

У матерей с отягощенным течением беременности дети рождаются со значительными нарушениями клеточного и гуморального иммунитета [2, 6, 9]. Пороки сердца у беременных, гипо- и гипертония, гипохромная железодефицитная анемия, токсикоз беременности вызывают у плода неспецифическую реакцию в виде хронической гипоксии, которая приводит к снижению адаптационных способностей новорожденных при внеутробном существовании, а также может вызвать у них функциональные и

органические изменения в нервной системе с отдаленными последствиями. У женщин с экстрагенитальными заболеваниями, а также при осложненном течении беременности дети рождаются часто с гипотрофией, на фоне которой чаще наблюдаются тяжелые формы заболеваний и летальные исходы [5].

В связи с возможным внутриутробным инфицированием плода различными вирусами, простейшими и развитием болезни в антенатальном периоде необходимо улучшить диагностику инфекций в женской консультации с привлечением специализированных служб.

В последние годы снижения частоты пороков развития у новорожденных не наблюдается. Из общего количества вскрытий врожденные аномалии развития обнаруживаются в 12,3% случаев. По материалам одного из родильных домов Казани новорожденных с аномалиями развития насчитывается 0,5 — 0,7% [1]. Летальность новорожденных от острых заболеваний на фоне пороков развития почти в 20 раз выше, чем у детей, не имеющих аномалий. Наши исследования возможных причин возникновения аномалий развития показали, что у некоторой части матерей имелись профессиональные вредности, у 50% женщин наблюдалось патологическое течение беременности и экстрагенитальные заболевания: гипертоническая болезнь, респираторная вирусная инфекция на ранних сроках беременности, токсоплазмоз и др. У 70% матерей в анамнезе отмечались искусственные и самопроизвольные аборт, мертворождения.

По-прежнему большое влияние на возникновение аномалий развития оказывают инфекция вирусом краснухи, другими вирусами в начале беременности, применение некоторых лекарственных средств (седативные препараты, антибиотики и др.). В предупреждении пороков развития у новорожденных большую роль могли бы сыграть цеховые медицинские службы, санитарное просвещение. Опыт работы в отделении патологии новорожденных показывает, что беременные женщины нередко отказываются от льготных условий труда, предоставляемых им советским законодательством, занимаются самолечением во время беременности, что может привести к рождению неполноценного ребенка. Необходима большая работа среди молодежи, женщин детородного возраста и молодоженов по разъяснению значения антенатального периода развития плода.

Снижение ante- и перинатальной смертности, рождение здорового потомства во многом зависят от дородовой диагностики генетически обусловленных заболеваний, которую невозможно провести без связи женских консультаций с медико-генетическими лабораториями и консультациями. Особого внимания в работе женской консультации заслуживает диспансеризация женщин с неблагоприятным исходом беременности (недонашивание, мертворождение, рождение детей с врожденными заболеваниями, пороками развития, наследственными и хромосомными болезнями).

Одним из резервов снижения перинатальной и детской смертности является предупреждение недонашивания беременности. Недоношенные дети составляют 3,6 — 16,6%. Их заболеваемость и летальность почти в 4 раза выше, чем у доношенных новорожденных, причем уровень этих показателей прямо пропорционален степени недоношенности [8].

По нашим данным, $\frac{1}{3}$ больных, поступающих в отделение патологии новорожденных, составляют недоношенные дети. Летальность новорожденных при 2-й степени недоношенности выше в 2 раза, чем среди доношенных, а при 3 — 4-й степени — в 7 — 10 раз. Беременные с высоким риском рождения недоношенного ребенка нуждаются в интенсивном патронаже, обследовании, консультациях психолога, а при необходимости и в стационарном лечении.

Среди мероприятий по антенатальной охране плода особое значение имеет рациональное питание беременных. При изучении питания матерей, у которых дети в период новорожденности страдали острыми заболеваниями, выявлены погрешности в диете у 77,3% беременных, которые способствовали нарушению обмена веществ у плода [4]. Питание оказалось несбалансированным: при достаточной энергоёмкости в нем было мало белка, особенно животного, минеральных веществ, витаминов, преобладали картофель, продукты из пшеничной муки, кондитерские изделия, сладости. В недостаточном количестве употреблялись мясо, рыба, творог, овощи, растительное масло.

Рациональное питание женщины во время беременности также способствует предупреждению гипогалактии, которая развивается почти у $\frac{1}{3}$ кормящих матерей уже в первый месяц лактации. По нашим данным, состояние защитных сил организма новорожденных зависит от способа вскармливания. При естественном вскармливании они являются наиболее высокими. Так, острые респираторные вирусные инфекции осложнились пневмонией у 34,7% новорожденных, находящихся на естественном

вскармливания, и у 76% детей — на смешанном вскармливании с докормом адаптированными смесями. Таким образом, в женских консультациях необходимо детально выяснять характер питания беременных женщин и корректировать его при различных нарушениях. Питание женщин во время беременности должно быть регулярным и рациональным.

Анализ структуры заболеваемости новорожденных, исходов заболеваний, факторов риска, способствующих нарушению защитно-приспособительных механизмов у детей, свидетельствует о необходимости повышения эффективности работы женских консультаций. Одна из главных задач женской консультации состоит в выявлении женщин с вероятностью патологии, в распределении их по группам с разработкой для каждой из них дифференцированных методов наблюдения на протяжении всей беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова Л. Я., Закирова Р. А., Накипова Ф. К. В кн.: Острая респираторная патология новорожденных. Казань, 1979. — 2. Белогорская Е. В., Кузнецова Л. А., Александрова Л. Я. и др. Педиатрия, 1982, 2. — 3. Дюррич В. М. В кн.: Материалы к X Всесоюзному съезду детских врачей. Москва, 1974. — 4. Зайцева Г. И., Александрова Н. И., Строганова Л. А., Рябчук А. Н. Там же. — 5. Закирова Р. А. Казанский мед. ж., 1983, 3. — 6. Каримова Д. Ю. В кн.: Острая респираторная патология новорожденных. Казань, 1979. — 7. Котова М. И. Там же. — 8. Новикова Е. Ч., Коева-Славкова Н., Барашнев Ю. и др. Недоношенные дети. София, 1971. — 9. Уразаев Р. А. В кн.: Острая респираторная патология новорожденных. Казань, 1979.

Поступила 18 октября 1983 г.

УДК 618.5—089.888.61—06.616.94

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Е. В. Гладун, Л. А. Ецко, К. П. Ецко

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета (зав.— доц. Е. В. Гладун), кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения № 1 (зав.— проф. Н. А. Тестемичану) Кишиневского медицинского института

В последние годы ряд авторов [1, 3 — 5] для обоснования дифференцированного наблюдения и оздоровления различных диспансерных групп используют математические методы, которые дают возможность научно предвидеть течение заболевания и влиять на его исход. В доступной литературе мы не нашли сообщений по прогнозированию септических осложнений при экстраперитонеальном кесаревом сечении.

С целью выявления наиболее распространенных факторов, способствующих развитию септических осложнений в послеоперационном периоде при интра- и экстраперитонеальном кесарева сечения, мы провели сравнительное изучение влияния ряда предрасполагающих факторов (табл. 1) у 225 родильниц. В 1-ю группу мы включили факторы, определяющие преморбидный фон до операции, во 2-ю — факторы эндогенной инфекции, в 3-ю — факторы генитальной инфекции, не зависящие от процесса родов, и в 4-ю — факторы экзогенной инфекции, возникающие по ходу родоразрешения.

На первом этапе исследования были выделены факторы риска, предрасполагающие к септическим осложнениям в послеоперационном периоде. В дальнейшем в результате проведенного анализа нами выделялись только те, которые достоверно влияли на уровень результативного показателя (факторы риска). В процессе этой работы мы рассчитывали статистические показатели и оценивали достоверность разности при помощи критерия Стьюдента.

На втором этапе исследования были определены коэффициенты отношения правдоподобия (относительной интенсивности) по всем факторам риска. По ним можно было узнать, насколько правдоподобнее вероятность септических осложнений при од-