

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. Тестемицану) 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-

Инфекционные факторы и преморбидный фон, предрасполагающие к развитию септических осложнений в послеоперационном периоде абдоминального родоразрешения

Группы факторов

1-я	2-я	3-я	4-я
Возраст (35 лет и старше)	Заболевания зубов и полости рта (кариес, пародонтоз, стоматит)	Эрозия шейки матки, цервицит	Амниоскопия
Нарушение жирового обмена	Заболевания уха, горла, носа, верхних дыхательных путей (ангина, хронический тонзиллит, гайморит, отит)	Операции на гениталиях, шейке матки Скрытая инфекция в послеоперационных рубцах	Продолжительность родовой деятельности свыше 16 ч Продолжительность безводного промежутка свыше 12 ч
Анемия беременных	Болезни системы органов дыхания (ОРВИ, бронхит, плеврит, пневмония) Ревматизм	Неспецифический кольпит, трихомоноз	Множественные влагалищные исследования (4 и более)
Продолжительность операции	Болезни органов пищеварения, печени и желчных путей (гастрит, колит, аппендицит, гепатит, холецистит)	Патогенная микрофлора во влагалище	Повышение температуры при родах (37° и выше)
Кровопотеря во время операции	Болезни почек и мочевыводящих путей (цистит, пиелонефрит, бессимптомная бактериурия) Заболевания женских половых органов, отягощенный акушерский анамнез (сальпингоофорит, бесплодие на фоне воспалительного процесса, мочеполовые и кишечно-половые свищи, аборт, самопроизвольные выкидыши) Другие заболевания в анамнезе (радикулит, полиартрит, остеомиелит, мастит, перитонит, тромбоз)	Перенесенная беременность Токсикоз II половины беременности	Хориоамнионит Преждевременные роды

ном или другом методе кесарева сечения по сравнению с вероятностью их избежать. На основании полученных данных мы разработали оценочно-прогностические таблицы для индивидуального прогнозирования риска септических осложнений после интра- и экстраперитонеального методов кесарева сечения. Эти таблицы включают 11 риск-факторов для контрольной группы (табл. 2) и 3 риск-фактора — для основной (табл. 3).

Все индивидуальные оценки риска септических осложнений после интра- и экстраперитонеального кесарева сечения, определяемые по факторам, приведенным в табл. 2 и 3, находятся в определенном диапазоне, который ограничен минимальным (P_{\min}) и максимальным (P_{\max}) значением риска.

Для интраперитонеального кесарева сечения минимальный риск, равный сумме диагностических коэффициентов, в самом благоприятном сочетании факторов составил -1,6, а максимальный в неблагоприятном сочетании — +6,83. Для экстраперитонеального кесарева сечения данные показатели равны соответственно — 0,01 и +3,44.

Методика индивидуального прогнозирования риска септических осложнений при интраперитонеальном кесаревом сечении

Факторы риска	Группы фактора	Коэффициент отношения правдоподобия (К)	Диагностический коэффициент (ДК)
Нарушение жирового обмена	имелось	5,68	0,75
	не имелось	0,78	1,89
Заболевания зубов и полости рта (кариес, пародонтоз, стоматит)	имелось	3,26	0,51
	не имелось	0,56	1,74
Болезни системы органов дыхания (ОРВИ, бронхит, плеврит, пневмония)	выявлены	4,79	0,68
	не выявлены	0,89	1,95
Болезни почек и мочевыводящих путей (цистит, пиелит, пиелонефрит, бессимптомная бактериурия)	имелись	18,5	1,27
	не имелись	0,73	1,86
Заболевания женских половых органов и отягощенный акушерский анамнез (сальпингоофорит, мочеполовые, кишечно-половые свищи, аборт, самопроизвольные выкидыши, бесплодие на фоне воспалительного процесса)	наблюдались	1,35	0,13
	не наблюдались	0,63	1,8
Другие заболевания в анамнезе (радикулит, полиартрит, мастит, тромбофлебит, перитонит)	отмечались	9,27	0,97
	не отмечались	0,84	1,92
Операции на гениталиях, шейке матки	проводились	3,16	0,5
	не проводились	0,90	1,95
Неспецифический кольпит, трихомониаз	имелся	4,16	0,62
	не имелся	0,46	1,66
Патогенная микрофлора во влагалищном содержимом	выделена	3,29	0,52
	не выделена	0,69	1,84
Переношенная беременность	имелась	2,69	0,43
	не имелась	0,81	1,91
Амниоскопия	проводилась	2,82	0,45
	не проводилась	0,75	1,88

Таблица 3

Методика индивидуального прогнозирования риска септических осложнений при экстраперитонеальном кесаревом сечении

Факторы риска	Группы фактора	Коэффициент отношения правдоподобия (К)	Диагностический коэффициент (ДК)
Болезни почек и мочевыводящих путей (цистит, пиелонефрит, бессимптомная бактериурия)	выявлены	15,0	1,18
	не выявлены	0,82	1,91
Продолжительность безводного промежутка	свыше 12 ч	1,81	0,26
	до 12 ч	0,76	1,88
	отсутствует	1,2	0,08
	отмечался	100,0	2,0
Хориоамнионит	не отмечался	—	—

Для проведения дифференцированного диспансерного наблюдения за беременными весь диапазон от минимального до максимального риска нами разделен на 3 группы. Границы между ними устанавливались соответствующим пороговым значением прогностического коэффициента. Для женщин контрольной группы диапазон патологического риска выглядел следующим образом: группа благоприятного прогноза, диапазон от -1,6 до +1,2; группа внимания, диапазон от +1,21 до +4,0; группа неблагоприятного прогноза, диапазон от +4,1 до +6,83.

Для женщин, родоразрешенных экстраперитонеальным методом кесарева сечения, диапазон патологического риска был следующим: группа благоприятного прогноза от -0,01 до +1,18; группа внимания от +1,19 до +1,44; группа неблагоприятного прогноза от +1,45 до +3,44.

При практическом использовании составленных нами оценочно-прогностических таблиц степень риска септических осложнений необходимо определять сложением со-

ответствующих диагностических коэффициентов, которые представляют собой логарифмы в «искусственной» форме коэффициентов правдоподобия. Последние часто имеют положительную мантиссу (дробная часть) и отрицательную характеристику (целая часть) [2]. Например, на родоразрешение поступила роженица Н., 32 лет, повторнобеременная, повторнородящая, с нарушением жирового обмена II степени. Перенесла острую респираторную вирусную инфекцию на сроке беременности 34 нед. Акушерский анамнез отягощен привычными выкидышами, в предыдущих родах отмечалось мертворождение, послеродовый период осложнился гнойным маститом. Настоящая беременность протекала с явлениями угрожающего ее прерывания, на сроке 16 нед наложен круговой шов по Сэндю. Положение плода поперечное. Из влагалища выделен патогенный стафилококк, санация не проведена. За 2 ч до поступления в стационар в умеренном количестве отошли светлые воды, родовая деятельность отсутствует. Беременная родоразрешена кесаревым сечением в нижнем сегменте матки интраперитонеально.

Риск развития септического осложнения в послеоперационном периоде у данной родильницы, родоразрешенной интраперитонеальным методом кесарева сечения, был следующим: $0,75 + 1,74 + 0,68 + 1,86 + 0,13 + 0,97 + 0,5 + 1,66 + 0,52 + 1,91 + 1,88 = + 2,6$. Следовательно, применив у данной роженицы трансперитонеальный метод родоразрешения, особое внимание следует уделять активному ведению послеоперационного периода (использование антибиотиков широкого спектра действия, проведение интенсивной инфузионной терапии, лабораторное обследование в динамике), поскольку риск развития септических осложнений в послеоперационном периоде у этой роженицы превышает средний уровень в 2,6 раза. Применение внебрюшинного метода абдоминального родоразрешения было бы у нее более целесообразным.

Главная роль в диспансерном наблюдении за беременными принадлежит женской консультации — основному звену в системе оказания лечебно-профилактической помощи. В настоящее время при наблюдении за беременными акушеры-гинекологи руководствуются инструкциями, которые не содержат рекомендаций о проведении комплексной оценки влияния факторов, предрасполагающих к развитию септических осложнений в случае абдоминального родоразрешения. Применение рекомендуемого нами оценочно-прогностического метода позволит улучшить организацию наблюдения и комплексно оценить состояние беременных с высоким риском гнойно-воспалительных осложнений в послеоперационном (послеродовом) периоде. Рассчитав прогностический коэффициент на основании предложенных таблиц, врач должен определить группу риска, отметить ее в индивидуальной карте наблюдения за беременной (ф. № 111) и назначить необходимый комплекс лечебно-профилактических мероприятий. Он должен учесть, что в течение беременности и родов группа риска беременной (рожицы) может меняться в связи с исчезновением или добавлением каких-либо новых факторов риска, а поэтому ему соответственно следует пересматривать виды лечебно-профилактических мероприятий.

Внедрение в практику здравоохранения предложенных нами рекомендаций по использованию оценочно-прогностических таблиц позволит своевременно разработать оптимальный план диспансерного наблюдения за беременными в женской консультации, провести комплексную предоперационную подготовку, обоснованно выполнять внебрюшинный метод кесарева сечения, целенаправленно вести родильниц в послеоперационном периоде, что приведет к снижению септических осложнений, а следовательно, и материнской летальности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакулева Л. П. и соавт. *Вопр. охр. мат.*, 1982, 3.— 2. Выгодский М. Я. *Справочник по элементарной математике*. М., Наука, 1982.— 3. Емельянова А. И. и соавт. *Акуш. и гин.*, 1980, 11.— 4. Селезнева Н. Д. и соавт. Там же, 1982, 6.— 5. Nawgylushyn P. A. *Amer. J. Obstet. Gynecol.*, 1981, 139.

Поступила 5 января 1984 г.