

ку були: 1) нечіткі прояви перитонеальних знаків до 6 доби після операції; 2) тривала гіпертермічна реакція; 3) відсутність ефекту від антибактеріальної терапії гентаміцином; 4) сливкоподібний гній із порожнини матки. Релaparотомія виконана на 7 добу після першої операції з ектірпацією матки з трубами. Середня тривалість у стаціонарі після релaparотомії складала 14 діб. Варто додати, що на лікування витрачено чимало коштів (2345 гривень).

Отже, основним чинником ризику розвитку акушерського перитоніту після кесарського розтину є наявність ендогенних джерел інфікування. Провокуючим моментом слугує оперативне втручання. Профілактичним заходом мусить бути екстраперитонеальний кесарський розтин в групі високого інфікованого ризику.

#### ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ ПРИ ПЛАНОВОМУ КЕСАРЬСЬКОМУ РОЗТИНІ В УМОВАХ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ

Студ. 4 курсу Д.В.Козир, Болотна Н. А. студ.  
5 курсу В.В.Газій.

Наук. керівник: проф., д.м.н. Я.С.Жерновая

Останнім часом плановому кесарському розтину віддається перевага в зв'язку з тим, що ретельніше готується організм жінки та менше травмується плід у пологах, особливо при ускладненому їхньому перебізі. З цих позицій частота планових кесарських розтинів повинна переважати над ургентними.

Нами проведено аналіз клінічного перебігу післяопераційного періоду при плановому кесарському розтині у 46 вагітних, які знаходилися в відділенні патології вагітних обласного клінічного пологового будинку (ОКПБ).

Частота кесарського розтину в ОКПБ у 1996 році складає 11 відсотків, серед яких планову операцію виконано у 22,5% випадків. Найчастішим показанням при плановому кесарському розтині був матковий рубець. Друге місце посідали поєднані показання - тривала неплідність з сідничним передлежанням або великим плодом, віком першопологової родиллі, обтяжений перебіг вагітності та інші. На третьому місці були рідкісні патології, такі як рак нирки, косоаміщений вузький таз з діастазою костей, абсолютно вузький таз внаслідок перенесеного дитячого церебрального паралічу тощо.

Проведені дослідження показали, що на першу добу після планового втручання пацієнтки скаржилися на загальну слабкість, біль в череві та рані. Температура та дихання не відрізняється від таких показників у здорових жінок, тоді як серцебиття, артеріальний тиск відзеркалює вихідний рівень гемоглобіну, еритроцитів та ступінь крововтрати при операції і дорівнюють: еритроцити -  $3,16 \times 10^9$  в 12 ступені/л, ЧСС - 80 в хвилину, середній показник Hb - 102,5 г/л; лейкоцитів -  $11,32 \times 10^9$  в 9 ступені/л, ШОЕ - 26,25 мм/год. Артеріальний тиск складає 115/70 мм Hg. Крім того, відзначається уповільнення перистальтики кишок. До третьої доби відбувається нормалізація показників гемодинаміки, функції органів травлення та зниження больового синдрому. Нормалізація показників крові відбувалась довше і до третьої доби вони досягали найнижчої межі, проте стабілізувались до 7 - 9 доби і далі поступово збільшувались. Варто відмітити, що ускладнення були відзначені тільки у 0,7 відсотків. В усіх випадках були використані антибіотики, що на нашу думку дозволило уникнути великої кількості ускладнень. Середній післяопераційний ліжкодень складає  $10,6 + 2,4$ . Отже, при плановому кесарському розтині спостерігається фізіологічний перебіг післяопераційного періоду.