

89 жінок, яким за даними повного клініко-лабораторного обстеження був підтверджений діагноз хронічного сальпінгофориту; у другу групу увійшли 68 жінок з хронічним запаленням додатків матки, у яких були діагностовані об'ємні утвореннями маткових труб (гідро- та піосальпінкси) та яким було проведено хірургічне втручання лапароскопічним доступом.

Результати дослідження та їх обговорення. Встановлено, що у 68 пацієток, у яких за даними бімануального та УЗ дослідження було діагностовано об'ємні утворення маткових труб, були прооперовані лапароскопічним доступом у плановому порядку. У 28 пацієток (41,18%) цієї клінічної групи клінічно інтраопераційно обґрунтованим обсягом оперативного втручання з приводу об'ємних утворень маткових труб стало двохстороннє видалення маткових труб чи видалення єдиної маткової труби. 12 жінкам (17,64%), що не мали пологів в анамнезі (8 пацієток – 66,67%), та 4 пацієнткам, які планували вагітність у майбутньому (33,33%) було рекомендована післяопераційна консультація у спеціалізованому репродуктивному центрі. У 38 пацієток (55,88%), враховуючи вік жінки, стан репродуктивного анамнезу (пологи в анамнезі були відсутні у 32 пацієток – 84,21%), та, насамперед, бажання пацієнтки, у поєднанні з об'єктивними даними про стан маткових труб, отриманих під час оперативного втручання, були виконані органозберегаючі хірургічні втручання, з метою збереження можливості запліднення без використання таких репродуктивних технологій, як екстракорпоральне запліднення.

Висновки. Вибір обсягу хірургічного втручання у жінок з об'ємними утвореннями маткових труб має бути оптимальним з урахуванням віку пацієнтки, репродуктивного анамнезу та клінічних даних, отриманих при інтраопераційній візуальній оцінці маткових труб.

ГНІЙНО-СЕПТИЧНІ УСКЛАДНЕННЯ ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ. СКЛАДНОСТІ ТА КРИТЕРІЇ ВИБОРУ ОПТИМАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ

Павлюченко М.І., Слинко О.М., Осипенко М.Б.

Запорізький державний медичний університет
кафедра акушерства та гінекології

Вступ. Серед провідних причин в структурі материнської смертності гнійно-септичні ускладнення післяпологового періоду протягом десятиріч займають провідні позиції. Так за даними більшості авторів інфекційні ускладнення займають третє місце в структурі материнської летальності і складають приблизно 10%. У 2014 році, на з'їзді експертів Європейського співтовариства інтенсивної медицини (European Society of Intensive Care Medicine) і Товариства реанімаційної медицини (Society of Critical Care Medicine) було прийнято рішення відповідно до якого сепсис розглядається, як загрожуюча життю органа дисфункція з гострими змінами в загальній кількості балів за шкалою Sepsis-related Organ Failure Assessment (SOFA).

Мета роботи – порівняльний аналіз окремих клінічних та лабораторних показників при диференційній діагностиці умовно обмежених та генералізованих форм післяпологових септичних ускладнень на підставі вивчення клінічних матеріалів гінекологічного відділення Запорізької обласної клінічної лікарні.

Матеріали та методи. У відкрите перспективне дослідження включили 34 хворих, що перебували на стаціонарному лікуванні у гінекологічному відділенні КУ «Запорізька обласна клінічна лікарня» ЗОР (ЗОКЛ) у період з 2013 року по 2016 рік з діагнозом післяпологові (постабортні) гнійно-септичні захворювання. Пацієнтки були поділені на дві клінічні групи. Першу клінічну групу склали 15 жінок, яким за даними повного клініко-лабораторного обстеження був підтверджений діагноз умовно обмежених післяпологових (постабортних) гнійно-запальних захворювань (ендометрити). У другу групу увійшли 19 жінок з генералізованими формами післяпологових (постабортних) гнійно-запальних захворювань (перитоніт, сепсис).

Результати дослідження та їх обговорення. Встановлено, що у всіх 34 пацієнток, що увійшли у дослідження при госпіталізації відмічалось підвищення температури тіла, в I клінічній групі в середньому до цифр $38,19 \pm 0,52^\circ\text{C}$, в II групі - $38,15 \pm 1,1^\circ\text{C}$ ($p > 0,05$). При порівнянні даних частоти серцевих скорочень, отриманих при госпіталізації пацієнток, були отримані наступні результати: в групі пацієнток, яким під час госпіталізації був виставлений попередній клінічний діагноз Післяпологовий ендометрит (ендоміометрит), ЧСС склала $91,6 \pm 8,35$ /хв, в клінічній групі пацієнток з підозрою на генералізовані форми септичних ускладнень (II група) - $102,26 \pm 16,42$ /хв ($p < 0,05$). Показники частоти дихання під час госпіталізації в ЗОКЛ в I клінічній групі склали $19,07 \pm 2,49$ /хв. та були вірогідно нижчими ($p < 0,05$) за відповідні показники у II клінічній групі, які були зафіксовані на рівні $24,16 \pm 5,09$ /хв. При оцінці загального аналізу крові були отримані дані, що свідчать про відсутність вірогідної різниці за показниками рівня лейкоцитів в обох клінічних групах. Так в I групі рівень лейкоцитів склав $9,08 \pm 5,1.10^9$, відповідно у II клінічній групі - $10,6 \pm 7,4.10^9$ ($p > 0,05$).

При порівняльній оцінці стану пацієнток обох клінічних груп за шкалою qSOFA та SOFA слід зазначити відсутність вірогідної різниці по всім показникам ($p > 0,05$). У I клінічній групі жодна пацієнтка не набрала сумарно два чи більше балів по шкалі qSOFA та SOFA; у II клінічній групі 2 бали та більше за шкалою SOFA мали 5 пацієнток (26,32%). При цьому 2 пацієнтки (10,53%) мали 7 балів по шкалі SOFA (ті самі пацієнтки, що мали по 2 бали за шкалою qSOFA) та 3 пацієнтки (15,79%) - 2 бали, що дозволило у сукупності з іншими показниками, розцінити їх стан як сепсис.

Висновки. Всі клінічні випадки поєднання у післяпологовому періоді запального процесу матки та ознак поліорганної недостатності повинні розцінюватися як септичний стан, з оцінкою за шкалою SOFA та потребують термінового вирішення питання про подальшу тактику лікування в умовах медичних закладів III рівня надання спеціалізованої медичної допомоги.