

занимает вирус парагриппа hPiV3 – 15,4%. РСВИ в виде моноинфекции верифицирована у большинства пациентов.

По топике поражения чаще диагностированы острый бронхит – 5 (38,4%), бронхиолит – 3 (23,1%), обструктивный бронхит и пневмония – по 2 (15,4%), ларингит, стеноз гортани 1-2 степени – 1 пациент. Наличие атопии зарегистрировано в 58,3% случаев.

Клинически малопродуктивный кашель присутствовал в 100% случаев, лихорадка – в 69,2% (РСВИ – 66,6%, max до 40°C в 2 случаях), одышка – 46,2% (РСВИ – 66,6%), адинамия – 69,2% (РСВИ – 77,7%), рвота – 46,1% (РСВИ – 83,3%), слизистое отделяемое из носа – 38,5% (РСВИ – 40,0%), наличие хрипов – 76,9% (РСВИ – 66,6%), гепато- (38,5%) и спленомегалия (25%). Сатурация кислорода составила менее 95% в 58,5% случаев. Гемограмма: лейкоцитоз – 53,8% (РСВИ – 57,1%), ускорение СОЭ – 23,0% (РСВИ – 66,6%), повышение активности АлАТ – 30,8% (РСВИ – 75%), АсАТ – 53,8% (РСВИ – 71,4%), концентрации С-реактивного белка – 30,8%, в двух случаях при РСВИ.

#### **Выводы.**

В возрастной структуре тяжелых форм ОРВИ преобладают дети. В этиологии ОРВИ у детей, госпитализируемых в ОАиР, преобладала (58,3%) hRSV, преимущественно в группе детей до 1 года (71,4%), а в 57,1% случаев hRSV стал этиологической причиной тяжелого бронхиолита и пневмонии в этой же возрастной группе.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Amat, F. RSV–hRV co-infection is a risk factor for recurrent bronchial obstruction and early sensitization 3 years after bronchiolitis / F. Amat [et al.] // J. Med. Virol. – 2018. – Vol. 90, № 5. – P. 867–872.
2. Eisenhut, M. Extrapulmonary manifestations of severe respiratory syncytial virus infection – a systematic review / M. Eisenhut // Crit. Care. – 2006. – Vol. 10, № 4. – P. 107–116.
3. Nair, H. Global burden of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in young children: a systematic review and meta-analysis / H. Nair, D.G. Nokes, B.D.Gessner [et al.] // Lancet. – 2010. – Vol. 375, № 9725. – P. 1545–1555.

### **ПУТИ У ЖЕНЩИН С ОПЕРИРОВАННОЙ МАТКОЙ**

**Семенцова С.В., Фурс В.В., Сурова Н.А.**

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

*УЗ «ГКБСМП г. Гродно»*

**Актуальность.** Во всех странах мира отмечается рост частоты кесарева сечения, который трудно остановить, так как при последующей беременности к показаниям со стороны плода присоединяется показание, обусловленное наличием рубца на матке. Многие акушеры, к сожалению, придерживаются правила: одно кесарево сечение – всегда кесарево сечение.

На многих международных и регионарных форумах акушеров-гинекологов в последнее время широко обсуждается вопрос о необходимости снижения частоты этой операции, и предпринимаются попытки определить её оптимальный уровень. Последнее является чрезвычайно сложным, так как во многом она зависит от концентрации в акушерском стационаре пациенток с теми или иными осложнениями, от акушерской тактики, принятой в учреждении, уровня квалификации врачей и степени их агрессивности при ведении родов. Не вызывает сомнения, что кесарево сечение в современном акушерстве имеет огромное значение. Операция при осложненном течении беременности и родов призвана способствовать сохранению здоровья и жизни, как матери, так и ребенка. Однако каждое оперативное вмешательство может сопровождаться для матери серьезными осложнениями, такими, как кровотечение, инфицирование, рубцовые изменения матки, которые в последующем у большинства пациенток являются одним из показаний к повторной операции.

В структуре кесарева сечения на первом месте стоит оперированная матка. В Гродненской области этот показатель составляет 41%. Процент от числа родов у женщин с оперированной маткой через естественные родовые пути в Республике Беларусь составляет 2,3% (297 родов). В сравнении с общереспубликанским показателем в Гродненской области – 1,5% (23 родов), Витебской области – 7,9% (92 родов).

Естественные роды считаются более безопасными для матери и ребенка. Во время естественных родов у ребенка вырабатывается гормон стресса, который помогает адаптироваться к условиям внешней среды. Самостоятельные роды после операции кесарева сечения проходят по обычному сценарию со схватками, потугами, рождением ребенка, выходом плаценты. При этом дети, рожденные через естественные родовые пути, обладают более крепким здоровьем, менее подвержены частым простудным заболеваниям и проявлениям аллергии.

**Цель.** Снизить процент повторных плановых операций кесарева сечения у женщин с рубцом на матке путем ведения родов через естественные родовые пути.

Подготовка к естественным родам женщин с оперированной маткой должна начинаться в женской консультации. Ведущий беременность врач не должен настраивать женщину на то, что после кесарева сечения в прошлых родах «родить самой» невозможно. Беспокойство по поводу возможных осложнений, связанных с несостоятельностью рубца на матке при следующих родах, заставляет врачей рекомендовать повторные плановые операции как «единственный безопасный» способ родоразрешения для таких женщин. Роды с рубцом на матке после кесарева сечения ведутся. И поэтому известный постулат «Один раз кесарево, всегда – кесарево» теряет свой смысл. Необходимо провести дообследование, а именно: определить состояние рубца на матке вне беременности. Наиболее информативным является УЗИ, особенно с использованием доплерометрии, с помощью которой мы можем оценить не только состояние рубца на матке, но и его васкуляризацию. Чем больше

сосудов, тем больше данных, что рубец состоятелен. Еще один метод – гистероскопия.

Решение о способе родоразрешения нами принимается после госпитализации беременной в родильное отделение.

В родильном отделении УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи города Гродно» роды через естественные родовые пути у пациенток с рубцом на матке велись раньше, ведутся и сейчас.

Как это происходит? Плановая госпитализация осуществляется в 37-38 недель беременности. Кроме обычного клинического и лабораторного обследования мы определяем состоятельность рубца на матке по УЗИ, общие показания к кесареву сечению. Разделяем пациенток с оперированной маткой на две группы: для кесарева сечения по абсолютным и сумме относительных показаниями и на тех, у кого возможны роды через естественные родовые пути. У последних оцениваем биологическую готовность организма к родам: КПИ, симптом папоротника, готовность шейки матки к родам по Бишопу.

Роды с рубцом на матке были возможны при наличии следующих условий:

1) операция кесарево сечение была выполнена по относительным, а не по абсолютным показаниям;

2) послеоперационный период протекал без осложнений;

3) ребёнок после операции кесарево сечение здоров;

4) по УЗИ расположение плаценты не в области рубца;

5) письменное согласие беременной на роды через естественные родовые пути;

6) вес плода не более 3800 г и внутриутробное расположение плода в головном предлежании;

7) соответствие размеров таза матери и размеров головки плода;

8) акустические критерии полноценного заживления нижнего сегмента матки (толщина рубца не менее 3-4 мм, нормальная эхогенность нижнего сегмента, подобная таковой в других отделах матки);

9) васкуляризация рубца.

Отдается предпочтение самопроизвольному началу родовой деятельности. Если родовые пути готовы к родам, мы индуцируем родовую деятельность вскрытием плодного пузыря для того, чтобы роды проходили в дневное время под мониторным контролем и при готовой операционной.

Роды обезболиваем выполнением эпидуральной анестезии. Поскольку роды ведутся под постоянным мониторным наблюдением состояния роженицы (АД, пульс, ЧСС) и состояния плода (КТГ плода) мы видим изменения, как со стороны плода (гипоксия), так и со стороны матери. После рождения малыша выполняется ручное обследование полости матки для уточнения состояния рубца, в послеродовом периоде УЗИ матки.

Совместно с кафедрой акушерства и гинекологии оформлено и внедрено в практику работы рационализаторское предложение «Тактика ведения родов с рубцом на матке через естественные родовые пути под мониторным контролем неинвазивных гемодинамических показателей».

Риск в работе акушера должен быть обдуманый. Мы не должны забывать о таком понятии, как «акушерское искусство». Роды с рубцом на матке – это искусство, но они должны проводиться в перинатальных центрах II-III уровней, высококвалифицированными специалистами при развернутой операционной.

Таблица. – Данные по ведению родов с рубцом на матке в родильных отделениях УЗ «ГКБСМП г. Гродно»

Год	Всего операций кесарево сечения	%	Кесарево сечение с рубцом	%	Роды с рубцом	%
2013г.	705	25,5	251	35,6	12	4,78
2014г.	780	28,8	402	51,5	6+2 (экстр. к/с)	1,49
2015г.	830	30,7	327	39,3	11	3,36
2016г.	858	30,8	344	40,0	11+2 (экстр.к/с)	3,19
2017г.	788	30,2	364	46,1	12+1 (экстр.к/с)	3,29

Из таблицы видно, что не всегда самопроизвольные роды с рубцом на матке заканчиваются через естественные родовые пути. В 2014 году было 2 случая завершения родов экстренным кесаревым сечением (брадикардия у плода). В 2016 году -2 случая (признаки несостоятельности рубца на матке по данным мониторинга за состоянием роженицы и появление локальной болезненности в области нижнего сегмента матки). Во время операции отмечено истончение послеоперационного рубца на матке на протяжении 3см. В 2017 году 1 роды закончились экстренной операцией по поводу вторичной слабости родовой деятельности (первое кесарево сечение плановое в связи с тазовым предлежанием плода).

#### **Выводы.**

По нашим данным и данным отечественных и зарубежных авторов, которые занимаются проблемой родоразрешения беременных с оперированной маткой, роды возможны через естественные родовые пути после оценки репаративных свойств рубца на матке.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Пересада, О.А. Современная акушерская концепция операции кесарево сечения/ О.А. Пересада., В.А. Шостак / Методические рекомендации. – Мн. 2000, – С. 34
2. Robson, M.S. Classification of caesarean sections //Fetal and maternal medicine review. – 2001. – Vol. 12. N 1. – P.23-29.