

профессионально-ориентированной среды, обеспечивающей инновационную направленность учебно-познавательной подготовки студентов в процессе обучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бельтюкова, С.С. Определение удовлетворенности потребителей в системе менеджмента качества вуза с использованием элементов метода диагностики / Университетское управление. -2006. -№ 2(42). – С. 69-73.
2. Дзыгивский, П.И. Способ оценки качества высшего образования / Университетское управление. -2009. -№ 6. - С. 19-22.
3. Капырин, П.А. Новые технологии в управлении инновационным развитием образовательной деятельности ВУЗа./ Автореф. Дис. Канд. Экон. Наук. – Москва. - 2011. – 23с.
4. Петров, В.Ю. Проблемы развития межвузовской кооперации в сфере подготовки научных кадров / В.Ю. Петров, Т.А. Кузнецова, Н.Н. Матушкин, С.И. Пахомов // Университетское управление. -2009. - № 3. – С. 14-20.
5. Шапошников, С.О. Проблемы обеспечения качества совместных образовательных программ / Университетское управление. - 2005. - № 4(37). – С. 108-112.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Милош Т.С.¹, Сайковская В.Э.², Русина А.В.², Юшкевич Н.Я.²,
Кашко Л.И.², Высокоморная Е.А.²*

¹Гродненский государственный медицинский университет,

²Гродненский областной клинический перинатальный центр

Актуальной проблемой современного акушерства являются преждевременные роды (ПР). Согласно принципам Хельсинкской конвенции, ПР – это роды на сроках беременности 22-36 нед+6 дней, когда рождается ребенок с массой тела от 500 до 2500 г, ростом от 25 до 45 см с признаками незрелости. По данным ВОЗ, 2012 в результате ПР ежегодно рождается около 130 миллионов малышей, из которых 4 миллиона погибают в первые 4 недели своей жизни. При этом, главные и непосредственные причины неонатальной смертности – это ПР, инфекционный фактор и асфиксия, в развитых странах они являются причиной половины случаев младенческой смертности, сопровождаются наличием серьезных осложнений у плода: недоношенность с массой тела при рождении (55% масса менее 2500), синдром дыхательных

расстройств, внутричерепные кровоизлияния, сепсис, некротический энтероколит и др. В Республике Беларусь каждый год раньше срока рождается 4-5 тысяч новорожденных, смертность среди которых составляет 4,4% [1].

Классификация преждевременных родов в соответствии со сроком гестации

Срок гестации	Критерии новорожденных
До 28 недель (27 недель 6 дней включительно)	5% недоношенных детей Имеет место экстремально низкая масса тела (до 1000 гр) Выраженная незрелость легких
28-30 недель 6 дней	15% недоношенных детей Характерна очень низкая масса тела (до 1500 гр) Легкие плода незрелые
31-33 недели 6 дней	20% недоношенных детей Характерна низкая масса тела (до 2000 гр) Легкие плода недостаточно зрелые
34-36 недель 6 дней	70% недоношенных детей Характерна низкая масса тела (до 2500 гр) Легкие плода практически зрелые

По литературным данным известно, что анатомическими факторами невынашивания беременности являются истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) – как причина прерывания беременности во втором и третьем триместре беременности в 40% случаев, которая развивается в результате неполноценности циркулярной мускулатуры области внутреннего зева, врожденные аномалии развития матки (внутриматочная перегородка; двурогая, однорогая, двойная матка), приобретенные анатомические дефекты (внутриматочные синехии, миома матки) [2]. Факторы риска ИЦН: ПР в анамнезе, синдром короткой шейки, высокое внутриматочное давление (крупный плод, многоводие, многоплодие, особенно после ЭКО), уровень фетального фибронектина как диагностический критерий, бактериальный вагиноз, стресс.

В Гродненской области медицинская помощь беременным женщинам, роженицам, родильницам и новорожденным детям организована в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23.01.2010 № 52 «Об утверждении Положения о разноуровневой системе перинатальной помощи и порядке ее функционирования в Республике Бела-

реть», приказом УЗО Гродненского облисполкома от 19.03.2010 г. №148 «О внедрении Положения о разноуровневой системы перинатальной помощи и порядке ее функционирования в Гродненской области», постоянно проводятся мероприятия по ее дальнейшему совершенствованию и повышению эффективности.

Благодаря слаженной и преемственной работе акушерской и диагностической служб Гродненской области отмечается стабилизация случаев преждевременного рождения младенцев (таблица).

Таблица – Распределение родов, проведенных в Гродненской области

Год	Роды		Процент
	Всего	Преждевременные	
2012	12 654	393	3,1
2013	12 863	394	3,1
2014	12 650	331	2,6
2015	12 655	333	2,7
9 мес. 2016	11 960	297	2,9

В результате анализа установлено, что большинство ПР приходится после 34 недель беременности, составляя 62%, в сроке гестации 28-33 недели – 31%, в 22-27 недель беременности – 7%. Количество детей, родившихся с экстремально низкой массой тела (массой тела менее 1000 г) в 2012 году – 27, 2013 году – 25, в 2014 году – 21, 2015 году – 22, 9 мес. 2016 года – родилось 16 младенцев.

По данным литературы, среди рожденных в 23 нед выживают 20% (каждый 5-й новорожденный), в 26 нед – 60%, в 27–28 нед – около 80% недоношенных новорожденных. Почти 100% выживаемость отмечена среди рожденных в 32 нед беременности и более [3].

Разработана тактика ведения беременности при преждевременном излитии околоплодных вод в головном предлежании плода.

В сроке беременности от 24 до 34 недель в случае преждевременного излития околоплодных вод и отсутствия признаков внутриутробной гипоксии и инфицирования, а также тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологии используется выжидательная тактика ведения беременности. Показана 1) Госпитализация в палату обрабатываемую по графику помещений родиль-

ного блока с 3-х кратным ежедневным кварцеванием; 2) Ежедневная смена белья; 3) Смена стерильных подкладных 4-6 раз в день; 4) Постельный режим; 5) Полноценное питание; 6) Контроль за состоянием беременной: - оценка количества и качества подтекающих вод;

- термометрия каждые 3 часа;

- определение частоты пульса, артериального давления каждые 3 часа;

- определять содержание лейкоцитов в крови каждые 12 ч., в случае их увеличения анализировать лейкоцитарную формулу крови.

- контроль за анализом мочи – 1 раз в сутки;

- микроскопическое исследование мазков из влагалища – 1 раз в день;

- 1 раз в 7 дней производится посев содержимого цервикального канала;

7) Контроль за состоянием плода:

- измерение окружности живота и высоты дна матки;

- кардиомониторинг каждые 3 часа;

- ежедневная доплерометрия кровотока в артерии пуповины;

- ежедневная оценка индекса амниотической жидкости;

- проведение фетометрии 1 раз в 10-14 дней.

8) Профилактика синдрома дыхательных расстройств (СДР) новорожденного в сроке беременности 24- 36 недель.

- экспресс-схема профилактики СДР плода: Дексаметазон (бетаметазон) 12 мг через 12 ч. (24мг за 24ч.). Профилактика РДС считается эффективной, если она проведена не менее чем за 1 сутки до начала родов.

9) Антибактериальная терапия через 6 часов с момента излития околоплодных вод: препаратами выбора для эмпирической профилактической антибиотикотерапии следует считать цефалоспорины 3-его поколения, защищенные пенициллины. Длительность курса антибиотикотерапии не более 7 суток. Смена или повторный курс проводится с учетом характера микрофлоры и чувствительности ее к антибиотикам; 10) В сроке беременности от 34 до 36 недель в случае преждевременного излития околоплодных вод показано медикаментозное родо­возбуждение и родораз­решение через естественные родовые пути.

Выводы. Таким образом, профилактика и лечения невынашивания определяются своевременной диагностикой его причины, ведением преждевременных родов, по единому алгоритму, совершенствованием методов реанимации и интенсивной терапии новорожденных, выхаживанием и оказанием реанимации и интенсивной терапии новорожденным, особенно недоношенным по единому алгоритму.

Усилия, экономические затраты оправданы, т.к. это позволяет большинство беременностей доносить до срока родов (83%). Пролангирование гестации даёт шанс недоношенным детям на жизнь, развиваться нормально в физическом, психическом и интеллектуальном плане.

ЛИТЕРАТУРА

1. Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2015 г. – Минск: ГУ РНМБ, 2016. – 281 с.
2. Можейко, Л.Ф. Метод прогнозирования риска развития плацентарной недостаточности / Л.Ф. Можейко, И.С. Абельская, Т.П. Павлович, И.В. Тихоненко // Инструкция по применению. – 2012. – 12 с.
3. Серов, В.Н. Профилактика преждевременных родов/ В.Н. Серов, О.И. Сухорукова // РМЖ. – 2014. – №1. – С.3–6.

КОРОТКАЯ ШЕЙКА МАТКИ КАК ПРЕДИКТОР ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

*Милош Т.С.¹, Дембовская С.В.², Сайковская В.Э.²,
Земба И.Е.¹.*

¹Гродненский государственный медицинский университет,

²Гродненский областной клинический перинатальный центр

Не вызывает сомнений, что невынашивание беременности – является не только акушерской проблемой, но также семейной и личной трагедией. В большинстве случаев причиной невынашивания служит истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) или недостаточность шейки матки (ШМ). Во время беременности ШМ является уникальной структурой, которая обеспечивает удержание плода в полости матки до его полной зрелости. Эту функцию ШМ может выполнять только при полной ее состоятельности, которая обеспечивается нормальной клеточной струк-