

6. Сидорова, И.С. Современный взгляд на проблему гиперпластических процессов в эндометрии / И.С. Сидорова, Н.А. Шешукова, А.С. Федотова // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2008. - № 5. - С. 30-37.
7. Станоевич, И.В. Диагностическое значение биомолекулярных маркеров при гиперплазии эндометрия / И.В. Станоевич, А.И. Ищенко, Е.А. Кудрина, Е.А. Коган // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2008. - Т. 7, № 2. - С. 52-56.
8. Фролова, И.И. Факторы роста и патология эндометрия / И.И. Фролова // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2007. - Т. 6, №5. - С. 54-58.
9. Чернуха, Г.Е. Состояние процессов пролиферации в гиперплазированной ткани эндометрия у женщин репродуктивного возраста / Г.Е. Чернуха [и др.] // Проблемы репродукции. - 2004. - №4. - С. - 30-34.

ПРОБЛЕМА «ЗЕЛЕННЫХ» ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД В АКУШЕРСТВЕ

*Гутикова Л.В. *, Зверко В.Л. *, Пашенко Е.Н. ***

**УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

Кафедра акушерства и гинекологии

*** УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»*

Введение. Проблема «зеленых» околоплодных вод является актуальной проблемой акушерства. Несмотря на то, что до настоящего времени окончательно не установлена роль мекония как признака страдания плода, полностью не выяснены причины и механизм его отхождения, а также значение времени отхождения мекония для исхода родов, большинство ученых считают, что «зеленые воды» указывают на угрожающее состояние плода. При этом резко возрастает частота гипоксии плода, повышается частота перинатальной смертности и заболеваемости новорожденных [1, 7, 9].

Согласно литературным данным, частота отхождения мекония в околоплодные воды колеблется от 4,5% до 20%, что зависит от группы обследуемых пациенток и в среднем составляет 10% родов [2]. Выявлены основные факторы риска, опосредовано или непосредственно влияющие на отхождения мекония в околоплодные воды. Среди них выделяют материнские факторы риска, возникшие до настоящей беременности – это мертворождаемость в анамнезе, прерывания беременности в анамнезе, возрастные первобеременные и первородящие, наличие экстрагенитальной патологии (сахарный диабет, анемия, хронические заболевания дыхательной и сердечнососудистой системы), курение. Факторы риска, возникшие во

время беременности – это переносная беременность, предполагаемая масса плода более 3500 г, задержка внутриутробного развития плода, маловодие, гестоз, резус-конфликтная беременность, изоиммунизация, инфекционно-воспалительные заболевания во время беременности, состояния матери, при которых нарушается маточно-плацентарное кровообращение. Факторы риска, возникшие в родах – это все состояния, возникающие во время родов, при которых происходит нарушение маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровообращения, например обвитие пуповины (в 74% случаев) [3, 5].

С другой стороны, определены состояния плода, влияющие на отхождение мекония в околоплодные воды: внутриутробное инфицирование (внутриутробная пневмония), наличие гиалиновых мембран, эритробластозы, хориоамниониты [4].

За период с 2010-2012 года в Гродненском областном клиническом перинатальном центре количество родов с мекониевыми околоплодными водами выросло и составило: 2010 г. – 278 случаев – 8% в структуре родов, 2011 г. – 359 родов – 10% в структуре родов, 8 месяцев 2012 г. – 450 -18% в структуре родов. Поэтому являются актуальными исследования, посвященные проблеме родов с наличием мекониевых околоплодных вод, а значительный рост количества этих родов диктует необходимость поиска новых подходов для решения этих вопросов.

Цель исследования: анализ течения родов с наличием «зеленых» околоплодных вод и их исходов для матери и плода, изучение возможных причин и факторов возникновения этой патологии.

Материалы и методы исследования. Ретроспективный анализ 1087 историй родов с наличием мекониевой окраски околоплодных вод и историй развития новорожденных.

Для более подробного анализа методом выкопировки было отобрано 100 историй родов и историй развития новорожденных. Все пациентки имели зеленые околоплодные воды в родах с интенсивностью окраски от 1 «А» до 2 «В» по шкале Савельевой [5, 6, 8].

Результаты исследования и обсуждение. При подробном анализе медицинской документации нами установлено, что прегравидарную подготовку к родам прошли 81% беременных, в 100% случаев пациентки были взяты на учёт по беременности до 12 недель. Мы обнаружили, что первородящими в исследуемой группе были 58% пациенток, повторнородящими – 34%, в 5% случаев роды были третьи по счёту. По возрастным группам женщины распределились следующим образом: 19-18 лет – 39%, 29-35 лет – 52%, 36-39 лет – 9%. По нашим данным экстрагенитальную патологию имели 82% беременных, из них: анемия - 7%, малые аномалии сердца - 11%, артериальная гипертензия - 4%, врождённые пороки сердца - 3%, хронический гастрит - 14%, хронический пиелонефрит - 18%, хронический тонзиллит - 6%, варикозное расширение вен нижних конечностей - 3%, нарушение жирового обмена - 2% , эутиреоидный зоб - 13%. Было установ-

лено, что 78% женщин во время беременности перенесли различные инфекционно-воспалительные заболевания: ОРЗ - 15%, ОРВИ - 11%, ангина - 3%, отит - 2%, герпес 16%, пиелонефрит - 17%, дерматит - 14%. Результаты исследования показали, что воспалительные заболевания влагалища были диагностированы у 64% женщин: кольпит – 17%, кандидозный кольпит - 21%, кондиломатоз – 4%, генитальный уреаплазмоз – 10%, генитальный хламидиоз – 12% . В 83% случаев течение беременности было осложнённым: угроза прерывания беременности в ранний срок- 18%, угрожающие преждевременные роды – 22%, маловодие – 3%, задержка внутриутробного развития плода – 4% , хроническая фетоплацентарная недостаточность – 28%, гестоз - 8%.

Все роды у обследованных женщин были срочными. По сроку родов пациентки распределились следующим образом: роды в 260 - 266 дней беременности (37-38 недель) в 12% случаев, роды в 268-273 дня беременности (38-39 недель) в 16% случаев, роды в 274-280 дней (39-40 недель) – 20%, роды в 281-294 дня (40- 42 недели) в 52%.

Самопроизвольное начало родовой деятельности зафиксировано у 84% пациенток. В 16% случаев роды были индуцированными, из них 13 случаев - амниотомия, 3 случая родовозбуждения простином E2.

В 76% случаев роды осложнились не своевременным излитием околоплодных вод: в 48 случаях воды излились преждевременно, в 28 случаях излитие вод было ранним. В 7% случаев родов с мекониальными околоплодными водами была зафиксирована слабость родовой деятельности. Коррекция выявленного осложнения проводилась стимуляцией простином E2 в 4 случаях. В трёх случаях было принято решение о необходимости родоразрешения путём операции кесарева сечения без коррекции выявленного осложнения. Всего путём операции кесарева сечения в исследуемой группе было родоразрешено 39 пациенток. Все выполненные операции были экстренными. Показаниями к операции явились: острая интранатальная гипоксия плода на фоне хронической гипоксии плода - 12, хроническая плацентарная неадекватность субкомпенсированная и декомпенсированная форма - 18 , слабость родовых сил - 4, клинически узкий таз – 5.

Масса новорожденных в исследуемой группе составила: от 3500 до 3800 - 16%, от 3800 г. до 4000 г – 44%, от 4000 г. – 46%.

Все дети в данной группе при рождении имели оценку по шкале Апгар 8/8-8/9 баллов. Однако из 100 новорожденных заболевания были зарегистрированы у 69%, из них: врождённая пневмония – 27%, врождённая инфекция не уточнённая – 18%, везикулопустулёз - 5%, хроническая внутриутробная гипоксия – 19%.

При гистологическом исследовании плаценты после родов у данных пациенток в 63% случаев были выявлены воспалительные изменения: амнионит, хориоамнионит, базальный очаговый децидуит. В 7% случаев выявлены петрификаты, в 6% случаев – инфаркты плаценты.

Выводы:

1. Причинами наличия мекониальных околоплодных вод в родах являются:

экстрагенитальная патология (82%);

- возраст беременных от 29 до 39 лет – (61%);
- перенесённые инфекционно воспалительные заболевания во время беременности (78%), в особенности воспалительные заболевания влагалища (64%);
- акушерская патология (83%);
- переносимая беременность или склонность к перенашиванию (52%);
- несвоевременное излитие околоплодных вод (76%);
- масса плода от 4000 г и более (46%).

2. «Зелёные» околоплодные воды в родах являются фактором риска возникновения заболеваний у новорожденных, характеризующих внутриутробное инфицирование: врождённая пневмония, врождённый везикуллопустулёз, врождённая инфекция не уточнённая составили 50 случаев из 69 зарегистрированных заболеваний новорожденных.

3. Подтверждением ведущей роли инфекционного фактора в развитии как мекониальной окраски вод в родах, так и врождённой инфекции у новорожденных является наличие воспалительных изменений в ткани плаценты при гистологическом исследовании - 63% случаев.

4. Наличие у пациенток комплекса факторов риска, осложняющих течение беременности и родов, прямо влияет на возможность возникновения «зеленых» околоплодных вод в родах и требует более тщательного подхода к выбору времени родов и методу родоразрешения, а также рациональных подходов для предотвращения осложнений.

5. У рожениц группы высокого риска необходимо производить комплексную оценку состояния плода с помощью кардиотокографии, амниоскопии, определения характера родовой деятельности методами наружной и внутренней гистерографии, определения КОС крови плода и роженицы, определения pH околоплодных вод.

6. Комплексный подход к диагностике состояния внутриутробного плода позволяет достоверно диагностировать ранние признаки гипоксии, следить за состоянием плода в процессе родов, своевременно лечить гипоксию и определить показания к оперативному родоразрешению и способствует рождению здорового ребенка.

Литература:

1. Абрамченко, В.В. Беременность, и роды высокого риска / В.В. Абрамченко. М.: Медицинское информационное агентство, 2004. – 238 с.
2. Абрамченко, В.В. Клиническая перинатология / В.В. Абрамченко. – Петрозаводск: Интелтек, 2004. – 312 с.
3. Савельева, Г.М. Плацентарная недостаточность / Г.М. Савельева [и др.] – М.: Медицина 1991. – С. 196-198.

4. Цвелев, Ю.В. Основы перинатологии: учебное пособие / Ю.В. Цвелев; Н.П. Шабалова.- М, 2004.- 272с.
5. Чернуха, Е.А. Индуцированные роды и их исход / Е.А. Чернуха, Т.К. Пучко, О.Н. Васильченко // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 5. – С. 58–60.
6. Чернуха, Е.А. Нормальный и патологический послеродовой период: руководство / Е.А. Чернуха. – М. : ГЭОТАР–Медиа, 2006. – 272 с.
7. Чернуха, Е.А. Родовой блок / Е.А. Чернуха. – М.: Триада–Х, 1999. – 365 с.
8. Чиркин, А.А. Клинический анализ лабораторных данных / А.А. Чиркин. – М. : Мед. лит., 2007. – 385 с.
9. Шабалов, Н.П. Неонатология : учебное пособие : в 2 т. / Н.П. Шабалов. – М. : МЕДпресс–информ, 2004. – Т. I. – 608 с.

ОТКАЗ ОТ ТАБАКА – ПЕРВЫЙ ШАГ И НЕОБХОДИМОЕ УСЛОВИЕ ФОРМИРОВАНИЯ ЦЕННОСТНОГО ОТНОШЕНИЯ К РЕПРОДУКТИВНОМУ ЗДОРОВЬЮ У КУРЯЩИХ СТУДЕНТОК ВУЗА

Дюбкова Т.П.

*УО «Белорусский государственный университет»,
кафедра экологии человека*

Введение. Состояние здоровья любой нации определяется, прежде всего, уровнем репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста и качеством здоровья детей. В Республике Беларусь у 73,0% беременных женщин выявляются хронические экстрагенитальные заболевания и имеет место патология репродуктивной системы. Это обуславливает значительное ухудшение качества внутриутробного развития плода и здоровья новорожденного ребенка и сокращение количества нормальных родов до одной трети [1]. Среди проблем охраны репродуктивного здоровья актуальность представляют высокий удельный вес аборт у женщин детородного возраста и распространенность инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Альтернативой искусственному аборту является надежная контрацепция. Но у большинства белорусок фертильного возраста, включая молодежь, сохраняется установка на прерывание незапланированной беременности. Около 70,0% инфекций уrogenитального тракта, передаваемых при сексуальных контактах, выявляется у юношей и девушек в возрасте от 15 до 24 лет [2]. Уrogenитальный хламидиоз и уреаплазмоз – одна из причин женского бесплодия. Частота бесплодных браков в стране составляет