Многоводие, возникающее вследствие нарушения функции глотания у плодов с данной патологией, осложняет течение беременности в 60% случаев наблюдений [4].

Заключение. По нашему мнению, достаточно сложно оценить прогноз для жизни и здоровья плода с аномаладом Пьера Робена, так как микрогения может быть выражена незначительно, а диагностика расщелин мягкого неба и небольших расщелин твердого неба пренатально вызывает затруднения, даже в семьях с высоким генетическим риском и при прицельном экспертном УЗИ.

Литература

1. Л. Ф. Вахитова, Л. К. Фазлеева / Клинический случай синдрома Пьера Робена у новорожденного ребенка // «Практическая медицина» – 2013. – 6 (75) ноябрь. – С. 172-174.

2. Evans K. N., Sie K. C., Hopper R. A. / Robin Sequence: From Diagnosis to Development of an Effective Management Plan / // Pediatrics. – 2011. – Vol. 127. – № 5. – P. 936-948.

3. Teresa Cruse et al/ Prenatal Diagnosis of Robin Sequence: Sensitivity, Specificity, and Clinical Relevance of an Index for Micrognathia// Cleft palate craniofac J. – 2021 Aug;58(8):1012-1019. doi: 10.1177/1055665620972297. Epub 2020 Nov 24.

4. Katia Lind et al/ Prenatal diagnosis of Pierre Robin Sequence: accuracy and ability to predict phenotype and functional severity// Prenat Diagn. – 2015 Sep;35 (9):853-8. doi:10.1002/pd. 4619. Epub 2015 Jun15. PMID:25982360.

ОПЫТ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С COVID-19 В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАЛЬНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА

Гутикова Л. В.¹, Зверко В. Л.², Новосад Е. А.², Левин В. И.¹

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь

²УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,
г. Гродно, Беларусь

Актуальность. Беременность – это физиологическое состояние, создающее предрасположенность к респираторным вирусным инфекциям. В связи с физиологическими изменениями в иммунной и сердечно-лёгочной системе, у беременных женщин повышена вероятность тяжелого течения респираторных вирусных инфекций. В то же время имеющиеся данные не свидетельствуют о более тяжелом течении COVID-19 у беременных женщин по сравнению с общей популяцией взрослых людей [1, 2].

В связи с осложнением эпидемиологической обстановки, вызванной увеличением количества случаев инфекции COVID-19 с целью недопущения

распространения и своевременного оказания помощи данным пациентам главным управлением здравоохранения Гродненского облисполкома был принят приказ № 695 от 13.07.2020 «О госпитализации беременных женщин с признаками респираторной инфекции в Гродненской области», которым утвержден перечень организаций и порядок оказания помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам с акушерской патологией с вероятным или подтвержденным диагнозом COVID-19. В настоящее время имеется мало сведений о влиянии COVID-19 на беременных женщин и детей грудного возраста, не существует конкретных рекомендаций для беременных относительно диагностики и лечения COVID-19 [1].

Цель – оценить опыт ведения беременности, родов и послеродового периода у женщин с COVID-19 в условиях регионального перинатального центра в течение 9 месяцев 2020-2021 г.

Материалы и методы. В ходе работы нами проведен отбор историй родов женщин с подтвержденным диагнозом COVID-19 за временной промежуток с июля 2020 г. по март 2021 г., которые родоразрешались в Гродненском областном клиническом перинатальном центре. Анализу были подвергнуты истории родов 302 женщин. На каждую обследованную пациентку заполнялась специально разработанная анкета. У всех женщин изучены следующие данные: возраст, место жительства, срок беременности, метод родоразрешения, основной диагноз, наличие экстрагенитальной патологии, количество беременностей и родов в анамнезе, течение родов и послеродового периода.

Результаты и их обсуждение. Поступление пациенток с подтвержденным диагнозом началось в июле 2020 г. За период июль 2020 г. по март 2021 г. в УЗ «ГОКПЦ» родоразрешены 302 пациентки с инфекцией COVID-19 (июль – 4; август – 8; сентябрь – 16; октябрь – 37, ноябрь – 52, декабрь – 80, январь – 73, февраль – 16, март – 16).

Акушерская тактика определяется несколькими аспектами: тяжестью состояния пациентки, состоянием плода, сроком гестации. В целях определения степени тяжести пациентки, методов стабилизации ее состояния, оценки состояния плода, проведения дополнительных методов обследования, целесообразности досрочного родоразрешения и выбора метода родоразрешения необходимо проведение междисциплинарного консилиума [1].

Рекомендуется при оценке состояния у беременных, рожениц и родильниц учитывать физиологические изменения со стороны органов дыхания и газообмена, иммунного статуса и состояния системы гемостаза для правильной интерпретации диагностических исследований и построения лечебной и анестезиологической тактики [3].

Наличие инфекции COVID-19 не является показанием для родоразрешения, за исключением случаев, требующих улучшения уровня оксигенации крови беременной. Родоразрешение через естественные родовые пути снижают риск инфицирования новорожденного [1].

Партнерские роды должны быть запрещены при вероятных/подтвержденных случаях COVID-19 для снижения риска инфицирования. Следует также максимально уменьшить количество присутствующего медперсонала [1].

Основные жалобы у женщин при поступлении в стационар: кашель – 76% случаев, аносмия – 54%, общая слабость – 72%, гипертермия – 35%, одышка – 15%. Kontakтами первого уровня были 38% заболевших пациенток.

У пациенток бессимптомное течение заболевания наблюдалось в 52,6% случаев, легкое – 40,4%, среднетяжелое (пневмонии) – 6%, тяжелое (пневмонии) – 1%. Замечено, что до октября 2020 г. преобладали пациентки с бессимптомным течением (92% от случаев, выявленных до октября 2020 г.), с ноября 2020 г. значительно увеличилось число пациенток с клиническими проявлениями инфекции.

Через естественные родовые пути были родоразрешены 59,3% пациенток. Путем операции кесарева сечения родоразрешались 40,7% пациенток, из них в плановом порядке выполнено 70,7% операций, в экстренном – 29,3%. Данное соотношение методов родоразрешения соответствует средним статистическим показателям в учреждении.

Основное показание для планового оперативного родоразрешения – рубец на матке (39% случаев). Из-за тяжелого течения COVID-19 экстренно родоразрешены 2,4% пациенток.

Беременность закончилась преждевременными родами в 5,2% случаях. Через естественные родовые пути при преждевременных родах родоразрешены 23,5% пациенток, в 76,5% случаев выполнялось кесарево сечение.

На третьи сутки выписаны 12% женщин после естественных родов, на четвертые сутки – 24% родильниц, 64% родильниц выписаны на пятые сутки и более. В одном случае в связи с крайне тяжелым течением инфекции COVID-19 родильница через сутки после родоразрешения была переведена в профильный стационар. Акушерских осложнений в послеродовом периоде не зарегистрировано.

Выводы. Полученные при анализе данные свидетельствуют о том, что течение новой коронавирусной инфекции у женщин чаще протекает легко, либо бессимптомно. Инфекция COVID-19 не оказала влияния на выбор метода родоразрешения, доля оперативного родоразрешения и показания соответствуют среднестатистическим данным в стационаре. Особенности и осложнений в течении послеродового периода при COVID-19 не выявлено.

Литература

1. Временные методические рекомендации по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции 2019-nCoV. Минздрав России. – Версия 5 от 08.04.2020. – 112 с.
2. Wong, S. F. Pregnancy and perinatal outcomes of women with severe acute respiratory syndrome / S. F. Wong, K. M. Chow, T. N. Leung // J Obstet Gynecol. – 2004. – Т. 191, № 1. – С. 292-297.

3. Liu, H. Clinical and CT imaging features of the COVID-19 pneumonia: Focus on pregnant women and children. / H.Liu [et al] // J Infect. – 2020. – . С. 118.

ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ЖЕНЩИНАМИ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Захарко А. Ю., Подгорная А. С., Мурашко О. В., Бронская К. В.

ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека», г. Гомель, Беларусь

Актуальность. Согласно исследованию, проведенному в 2015 г. в 195 странах, 604 млн взрослых и 108 млн детей в мире страдают ожирением, причем среди женщин ожирение регистрируется чаще. Абдоминальное ожирение (АО) увеличивает риск развития макросомии плода, асфиксии новорожденного, синдрома внезапной смерти плода и младенческой смертности [1, 2, 3].

Цель – оценить течение раннего неонатального периода у детей, рожденных женщинами с абдоминальным ожирением.

Материалы и методы. Обследованы 156 новорожденных, в основную группу вошли 90 детей, рожденных женщинами с АО, группу сравнения составили 66 детей, рожденных женщинами с нормальным индексом массы тела (ИМТ). Оценка по шкале Апгар проведена на первой и пятой минутах после рождения. Умеренная асфиксия при рождении соответствовала оценке 4-7 баллов, тяжелой степени – 0-3 балла. Оценивали состояние новорожденного, его кожных покровов и слизистых, наличие врожденных пороков развития, доступных визуальной диагностике, родовых травм. Для уточнения гестационного возраста недоношенных детей использовали шкалу Петруссо.

Всем новорожденным выполнены общий анализ крови, измерение уровня гликемии, электрокардиографическое исследование. Недоношенным новорожденным и доношенным детям, родившимся в состоянии асфиксии, все исследования выполнены согласно клиническим протоколам диагностики, реанимации и интенсивной терапии в неонатологии, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

Результаты и их обсуждение. Все дети в основной группе и группе сравнения были рождены живыми. Среднее количество баллов по шкале Апгар на первой и пятой минутах после рождения у новорожденных основной группы и группы сравнения статистически значимо не различалось: 8,0 (8,0-8,0) и 8,0 (8,0-8,0) баллов, соответственно, $U=2741$; $Z=-0,8$; $p>0,05$ на первой минуте; 8,0 (8,0-8,0) и 8,0 (8,0-9,0) баллов, соответственно, $U=2449$; $Z=-1,9$; $p>0,05$ на пятой минуте. В состоянии асфиксии разной степени тяжести родились 19 (21,1%; 95% ДИ: 13,2-31%) детей от матерей с АО и 11 (16,7%; 95% ДИ: