

кратковременной задержки дыхания наблюдалось повышение базальной частоты сердцебиения плода на 15 и более уд/мин в течение 15 секунд (появление акцелераций). При этом вариабельность не изменялась. Появление акцелераций свидетельствовало о том, что плод здоров и адекватно реагирует на стресс.

При появлении, тем более сохранении отрицательной динамики изменений кардиотокографических показателей целесообразно досрочное родоразрешение в интересах плода.

Выводы:

1. Применение раствора пираретама с задержкой дыхания беременной на вдохе позволяет выявить начальные признаки гипоксии плода при сомнительных вариантах КТГ.

2. Преимущество указанного метода диагностики гипоксии плода – простота, доступность, неинвазивность.

Литература

1. Кузнецов, П. А. Гипоксия плода и асфиксия новорожденного / П. А. Кузнецов, П. В. Козлов // Лечебное дело . – 2017. – № 4. – С. 9-16.

2. Ayres-de-Campos, D. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography / D. Ayres-de-Campos, C.Y. Spong, E. Chandrachud // Int J Gynaecol Obstet. – 2015 Oct. – 131(1). – P.13-24.

3. Intrapartum nonreassuring fetal heart rate tracing and prediction of adverse outcomes: interobserver variability / S. P. Chauhan, C.K. Klausner, T.C. Woodring et al. // Amer. J. Obstet Gynecol. – 2008. – №199 (6). – P. 623-625.

4. Воскресенский, С. Л. Оценка состояния плода. Кардиотокография. Допплерометрия. Биофизический профиль / С. Л. Воскресенский : Учебное пособие. – Мн.: Книжный дом, 2004. – 304 с.

5. Использование пираретама для профилактики и лечения внутриутробной гипоксии плода у рожениц с гестационным пиелонефритом / Т. А. Колесникова, М. В. Белуга, И. А. Ославский и др. // Журнал ГрГМУ . – 2006. – № 2 . – С. 73-75.

БОЛЕЗНЬ ВАЛЬДМАНА – ВОЗМОЖНОСТЬ РОЖДЕНИЯ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА

Корень Ю. Г.¹, Белуга М. В.², Белуга В. Б.¹

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

²ГУ Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»,
г. Минск, Беларусь

Актуальность. Болезнь Вальдмана (первичная интестинальная лимфангиэктазия) – крайне редкое заболевание желудочно-кишечного тракта, характеризующееся дилатацией лимфатических сосудов тонкого кишечника,

приводящее к развитию энтеропатии с гипопроотеинемией, гипоальбуминемией и гипогаммаглобулинемией вследствие пропитывания лимфы в просвет кишки [1], что может привести к рождению ребенка с выраженными патологическими отклонениями в развитии и дальнейшему наследованию данного заболевания. Наиболее типичные симптомы – отёки и диарея. В начале заболевания отёки могут быть преходящими, но впоследствии обычно становятся постоянными [4]. Первичная интестинальная лимфангиэктазия с клиническими проявлениями в сочетании с беременностью встречается редко, описаний в литературе крайне мало. Заболевание может быть бессимптомным, поражая преимущественно детей и молодых взрослых. В редких случаях встречаются семейные формы болезни Вальдмана [2]. Это может свидетельствовать о генетической этиологии заболевания. Данное состояние может протекать как диффузное заболевание или поражать локальный сегмент тонкой кишки [2].

Цель исследования – провести ретроспективный анализ возможности рождения здорового ребенка при болезни Вальдмана.

Материалы и методы. Беременная Ю. 1993 года рождения, 10.07.18 г. в 13:40 поступила в приемное отделение акушерского стационара УЗ «ГК БСМП» в сроке беременности 18-19 недель. Жалоб на момент поступления не предъявляла. По результатам лабораторных исследований на 09.07.2018 г. общий белок составлял 34^г/_л, альбумин 18^г/_л. Пациентка принимала препараты Магния, Эутирокс 50 ^{мкг}/_{сут}, Артихол, Креон, Омега-3.

Из анамнеза. У женщины данная беременность первая по счету. Состояла на учете в ЖК с 7-8 недель. Известно, что в 2012 г., в возрасте 18 лет, впервые был выставлен диагноз болезнь Вальдмана. Врожденная мезентериальная лимфаденопатия. Дисплазия левого коленного сустава, по поводу которой было проведено оперативное вмешательство в 2010 г., вальгусная деформация. Хронический гепатит неинфекционной этиологии. Нефроптоз 1 степени слева. МАС: АРХ ЛЖ, МР 1 ст., ТР 1 ст., Но. Имеется медикаментозная аллергия на Амоксициллин – отек гортани, Альбумин – повышение температуры тела, тремор. ОРСТ 11 ст., кососмещенный таз. Со стороны эндокринной системы выявлен субклинический гипотиреоз в 16 недель беременности.

Беременная из УЗ «ГК БСМП» переведена в РНПЦ «Мать и дитя» 19.07.2018 г. для консультации. Консилиумом от 26.07.18 г. в 09:28 установлено следующее. Беременность 19-20 недель. Болезнь Вальдмана. Стойкая гипоальбуминемия. Кососмещенный таз. Кондиломатоз вульвы. Кандидоз влагалища. Низкая плацентация. Первичная плацентарная недостаточность. Пациентке предложено прерывание беременности по медицинским показаниям, учитывая наличие тяжелой врожденной патологии и неблагоприятные результаты клинико-лабораторного обследования (выраженная гипопроотеинемия, стойкая гипоальбуминемия), от чего беременная категорически отказалась. Беременность пролонгировали.

По заключению медико-генетического консультирования от 13.11.2018 г. был выставлен риск по болезни Вальдмана у новорожденного – 50%. УЗИ плода с доплерометрией для оценки маточно-плацентарного и фетального кровотока,

выполненное четырехкратно, показало синдром задержки развития плода 1 степени.

При клинико-лабораторном исследовании в РНПЦ «Мать и дитя» выявлены отклонения от нормальных показателей (рисунок) (нормативные показатели: общий белок – 60-85 г/л, альбумин – 34-48 г/л).



Рисунок – Показатели белковых фракций плазмы крови

Учитывая эти показатели, пациентке была выполнена инфузионная терапия в виде внутривенного введения раствора Альбумина 10%, 20% – 50,0 мл, 100,0 мл всего 13 раз. Одновременно вводился аминокислотный комплекс «Валин-18» – 500,0 2 раза, совместно с инфузией Глюкозы и Инсулина. Несмотря на проведенную терапию, изменений в количественных показателях белковых фракций в плазме крови практически не было (рисунок). Консилиумом от 20.11.2018 г. в сроке беременности 38-39 недель было принято решение о родоразрешении оперативным путем.

Результаты исследования. Пациентке выполнено кесарево сечение в РНПЦ «Мать и дитя». 20.11.2018 г. в 13:19 извлечен живой доношенный мальчик, весом 2070 г, длиной 45 см. Апгар 8/8. Послеоперационный период без особенностей. Выписана в удовлетворительном состоянии 28.11.18 г. для амбулаторного лечения и наблюдения по месту жительства с соответствующей терапией, заключающейся в предписании диеты, богатой белками, но бедной жирами, и назначении триглицеридов со средними углеводными цепями.

Заключение. Оказанная квалифицированная, высокотехнологичная медицинская помощь позволила осуществить благополучное рождение ребенка у пациентки с болезнью Вальдмана, а также сохранить беременность за счет

успешной поддерживающей и трансфузионной терапии, и родить ребенка без явных признаков патологии, выявленных у матери.

Литература

1. Смирнов, А. В. Первичная интестинальная лимфангиэктазия (болезнь Вальдмана) // Смирнов А. В, Виноградова Т. В., Воронкова Е. В., Каюков И. Г., Нутфуллина Г. М., Трофименко И. И., Шумилина А. А. // Нефрология. –2010. – № 2 (14). – С. 78-84.
2. Заблодский, А. Н. Синдромы и болезни в гастроэнтерологии и эндоскопии / А. Н. Заблодский, А. А. Будзинский. – М. : Медпрактика-М, 2018. – Т1. – 263 с.
3. Панчев, Г. З. Детская гастроэнтерология / Г. З. Панчев, А. К. Радивенска. – София : Медицина и физкультура, 1986. – 392 с.
4. Ивашкин, В. Т. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения: рук. для практик. врачей / В. Т. Ивашкин [и др.] ; под общ. ред. В. Т. Ивашкина. – М.: Литтерра, 2003. – Т 4. – 1046 с.

РОЛЬ УНИВЕРСАЛЬНОГО МАРКЕРА СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ И ПАТОЛОГИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ I ТРИМЕСТРА

Косцова Л. В., Гутикова Л. В., Жегздрин О. А.

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

Введение. Фибронектин – важный молекулярный фактор регуляции системы гемостаза, в том числе в эмбриоплацентарном комплексе [1], таким образом, важно проводить оценку его уровня в крови в разные сроки беременности.

Цель – оценить уровень фибронектина в плазме крови у женщин с физиологическим и патологическим течением беременности I триместра.

Материалы и методы. Уровень фибронектина определялся в плазме крови 35 женщин с физиологическим течением беременности, 35 женщин с неразвивающейся беременностью до инструментального и медикаментозного опорожнения полости матки и 35 женщин с самопроизвольным выкидышем в ранние сроки беременности в возрасте 18-40 лет методом иммуноферментного анализа с применением наборов реагентов.

Результаты исследования внесены в компьютерную базу данных. Полученные материалы обработаны на персональном компьютере с использованием стандартных компьютерных программ «STATISTICA 10.0», «Microsoft Excel».

Результаты и их обсуждение. По результатам лабораторного тестирования средний показатель содержания фибронектина у женщин с