

3. Blickstein, I. How and why are triplets disadvantaged compared to twins? - Best. Pract. Res. Clin. Obstet Gynaecol. - 2004. - V.18 - № 4. - P 631-644.

## **АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ РОДОВ С МЕКОНИАЛЬНОЙ ОКРАСКОЙ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД**

<sup>1</sup>Милош Т.С., <sup>1</sup>Гутикова Л.В., <sup>2</sup>Пашенко Е.Н., <sup>2</sup>Юшкевич Н.Я.,  
<sup>2</sup>Русина А.В.

<sup>1</sup>УО «Гродненский государственный медицинский университет»

<sup>2</sup>УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»

Наиболее грозное осложнение неонатального периода обусловлено аспирацией околоплодных вод, загрязненных меконием. Присутствие мекония в околоплодных водах (ОВ) указывает на гипоксию плода и заслуживает пристального внимания, как акушеров-гинекологов, так и педиатров. Отхождение первородного кала (ПК) встречается от 4,5 до 20% всех наблюдений и в среднем составляет до 10% родов при головном предлежании плода даже в случае оптимальной акушерской тактики [1]. Частота синдрома аспирации мекония наблюдается у 1% всех новорожденных, родившихся через естественные родовые пути [4, 5].

Среди предрасполагающих факторов к выделению мекония в ОВ при доношенной беременности являются предшествующие внутриматочные вмешательства, развитие патологического прелиминарного периода, асимметричная форма синдрома задержки развития плода. По литературным данным установлено, что риск антенатального пассажа ПК повышается при наличии у беременной заболеваний сердечно-сосудистой системы, интранатального – при инфекционных осложнениях первой половины беременности, сроке гестации более 40 недель, выявлении аномалий родовой деятельности, применении родоактивации [3]. Так мекониальная окраска амниотической жидкости (АЖ) наблюдается в 1,5 раза чаще у беременных на фоне очагов хронической инфекции, увеличена в 1,5 раза в ходе патологических родов, в 5 раз больше рождается детей в состоянии асфиксии различной степени тяжести [2].

Алгоритм ведения родов с мекониальной окраской ОВ (схема) разработан авторским коллективом в ходе многолетнего ана-

лиза причин перинатальной заболеваемости и смертности в Гродненской области. Его внедрение на базе Гродненского областного клинического перинатального центра способствует достоверному улучшению показателей перинатальных исходов. Определяющим принципом является первоначально выделить группу рожениц высокого риска по наличию мекониальной окраски АЖ и мекониальной аспирации у плода: мёртворождаемость в анамнезе и прерывания беременности в анамнезе, гестоз, возрастные первородящие, наличие экстрагенитальной патологии (диабет, анемия, гипертензия, хронические заболевания дыхательной и сердечно-сосудистой системы, инфекции), другие состояния матери, при которых нарушается маточно-плацентарное кровообращение, предполагаемая масса плода более 3500г., резус конфликт, изоиммунизация, маловодие, обвитие пуповины по данным УЗИ, состояния, возникающие во время родов, при которых происходит нарушение маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровообращения.

После формирования группы пациенток, заслуживающей пристального внимания, производят кардиотокографию (КТГ) для выявления признаков нарушения жизнедеятельности плода и амниоскопию для визуальной оценки окраски ОВ. При этом если воды светлые и КТГ в норме или отражает незначительные нарушения жизнедеятельности плода роды продолжают вести через естественные родовые пути. Необходим тщательный мониторинг состояния плода, включающий в себя постоянную или продолжительную КТГ. В случае подтверждения наличия ПК в водах после искусственного или естественного вскрытия плодного пузыря проводится оценка их характера по Савельевой, включающая определение степени окраски и густоты. Тактика ведения родов при лёгкой или умеренной окраске меконием ОВ (1А, 2А) в сочетании с нормальной КТГ плода включает: продолжение непрерывного мониторирования сердцебиения плода с максимальным обезболиванием, в случае возникновения слабости родовых сил применение предпочтительно простагландинов. Однако, при отсутствии эффекта в течение 2 часов показано экстренное родоразрешение путём операции кесарево сечение (КС). В ходе естественных родов рекомендуется не затягивать период изгнания плода более чем на 6-8 потуг, роды вести без защиты промежно-

сти с расширением показаний для эпизиотомии. При лёгкой или умеренной окраске меконием ОВ (1А, 2А) и подозрительной КТГ плода необходимо: постоянная запись и анализ КТГ плода, определение рН АЖ. Если рН ОВ более 6,9, то продолжается постоянный мониторинг КТГ сердцебиения плода, оценивается характер вод в динамике, раз в 2 часа контролируется почасовой прирост изменений рН. В случае нарастания интенсивности окраски АЖ, появления патологической КТГ, почасового прироста рН ОВ до 0,04+ 0,001 ставится вопрос о немедленном родоразрешении путём операции КС. Если рН АЖ менее 6,9 – немедленное оперативное родоразрешение. При выраженной окраске меконием ОВ (2Б, 2В, 3Б, 3В) подозрительной или патологической КТГ показано срочное родоразрешение в зависимости от акушерской ситуации, предпочтительно КС. Появление ПК во время родов расценивается как проявление дистресса плода и план родов пересматривается в сторону скорейшего родоразрешения.

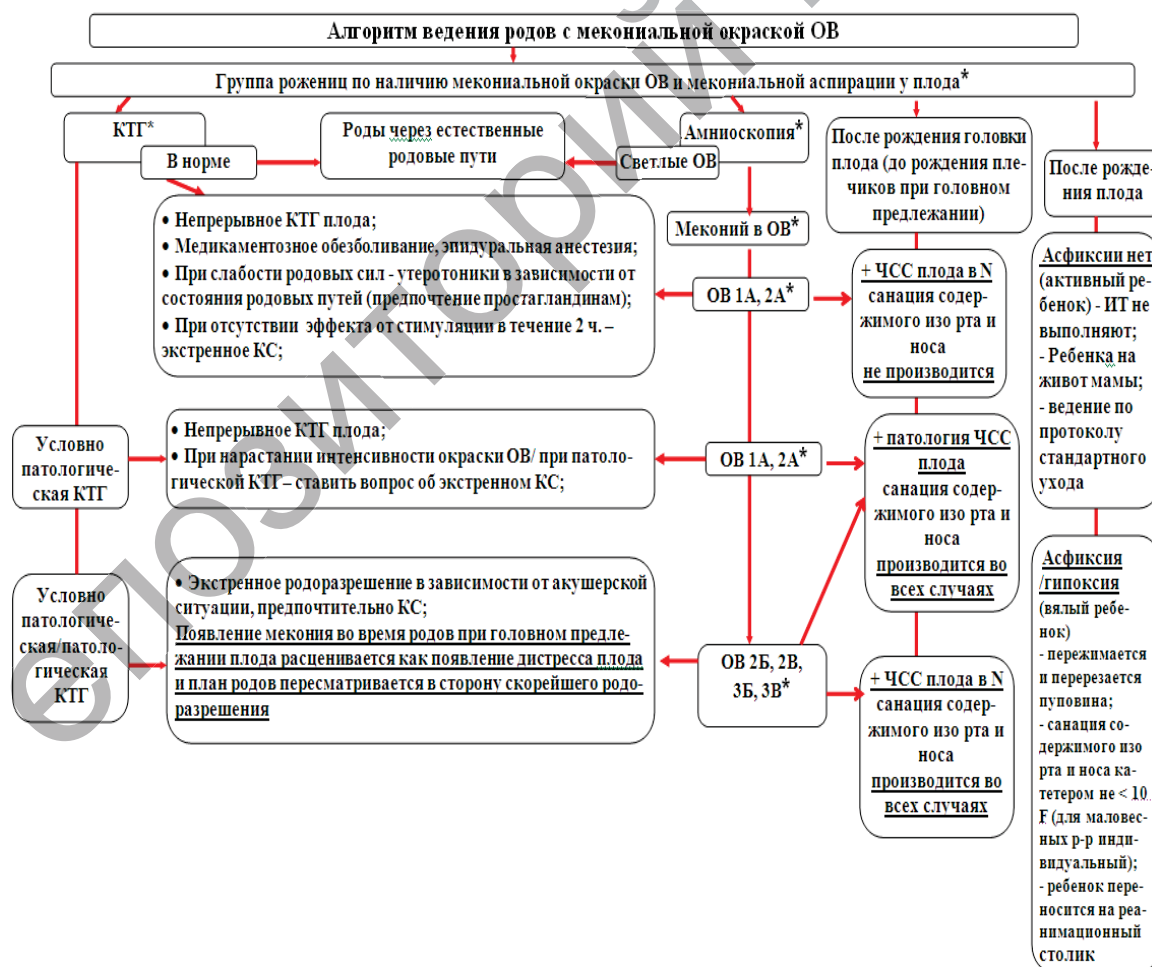


Схема. – Ведение родов с меконимальной окраской околоплодных вод

|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                    |                 |                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------|-----------------------------------|
| Группа рожениц по наличию мекониальной окраски ОВ и мекониальной аспирации у плода* | 1. Возрастные первородящие.<br>2. Гестоз.<br>3.Наличие ЭГП (диабет, анемия, гипертензия, хронические заболевания дыхательной и сердечно-сосудистой системы, инфекции и т.д.).<br>4.Предполагаемая масса плода >3500 гр.<br>5. Резус конфликт.<br>6. Маловодие, многоводие.<br>7.Плацентарная недостаточность.<br>8. Обвитие пуповины по данным УЗИ. |                    |                 |                                   |
| Амниоскопия*                                                                        | Выполняется при целом плодном пузыре в неактивную фазу родов в родильном зале или провести визуальную оценку окраски ОВ при их излитии.                                                                                                                                                                                                             |                    |                 |                                   |
| КТГ*                                                                                | Осуществлять постоянный контроль за состоянием плода:<br>1. доплерометрия (в неактивной фазе родов);<br>2. Постоянная или продолжительная (с получением компьютерной расшифровки) КТГ.                                                                                                                                                              |                    |                 |                                   |
| Классификация оценки характера мекониальных ОВ*                                     | 1. По степени окраски:<br>- легкая;<br>- умеренная;<br>- выраженная.<br>2. Шкала оценки ОВ (Савельева Г.М. 2000 г.)                                                                                                                                                                                                                                 |                    |                 |                                   |
|                                                                                     | Показатель                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Характер изменений |                 |                                   |
|                                                                                     | Цвет                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Зеленоватый        | Зеленый         | Старый меконий (жёлто-коричневый) |
|                                                                                     | Баллы                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 1                  | 2               | 3                                 |
|                                                                                     | Консистенция                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Жидкие             | Умеренно густые | Густые                            |
|                                                                                     | Баллы                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | А                  | Б               | В                                 |

Список сокращений (сокращения, используемые в схеме):

ИТ – интубация трахеи;

КС – кесарево сечение;

КТГ – кардиотокография;

ОВ – околоплодные воды;

ЧСС – частота сердцебиения плода

Объем помощи после рождения головки плода (до рождения плечиков при головном предлежании) следующий: в случае легкой или умеренной концентрации мекония в водах и отсутствия патологических изменений ЧСС – отсасывание изо рта и носа не производится. В ходе наличия выраженной окраски вод ПК –

эвакуация содержимого изо рта и носа производится во всех случаях. При сочетании мекониального окрашивания вод любой консистенции и патологических изменений ЧСС отсасывание содержимого изо рта и носа производится всегда.

Оказание медицинской помощи после рождения плода включает: в случае отсутствия асфиксии (активный ребенок) рутинно интубация трахеи не производится. Ребенок выкладывается на живот мамы и в дальнейшем ведется по протоколу стандартного ухода.

Однако, при наличии асфиксии (вялый или скомпрометированный ребенок) вместе с одновременным пережиманием и перерезанием пуповины отсасывается содержимое изо рта и носа катетером не менее 10F (для маловесных размер может быть подобран индивидуально). Затем ребенок переносится на реанимационный столик под лучистое тепло в прогретые пеленки. После обсушивания ребенок интубируется, выполняется санация дыхательных путей осмотр голосовых связок. Ассистент подключает 100% кислород через носовую канюлю и начинает считать ЧСС новорожденного с отстукиванием ритма по столу. Эндотрахеальная трубка должна быть оставлена на время транспортировки и для проведения вентиляции легких. Новорожденный для дальнейшего лечения переводится в отделение интенсивной терапии и реанимации.

Поэтому правильная организация медицинской помощи беременным с аспирацией околоплодных вод, загрязненных меконием является залогом благоприятного исхода родов для матери и плода, профилактики заболеваний новорожденных.

Таким образом, использование настоящего алгоритма ведения родов с мекониальной окраской околоплодных вод позволит повысить эффективность работы акушерской и перинатальной службы медицинской помощи беременным и новорожденным, а также улучшить переоснащенность в профессиональной деятельности специалистов.

#### Литература

- 1.Абрамченко, В.В. Беременность, и роды высокого риска / В.В. Абрамченко. – М.: Медицинское информационное агентство, 2004. – 400 с.
- 2.Камалян, С.А. Течение и исход родов при мекониальном окрашивании околоплодных вод / С.А. Камалян // Бюллетень медицинских интернет-конференций – Т.4. – №4. – с. 274.

3. Колганова, А.А. Прогнозирование мекониальной аспирации у плода в ante- и интранатальном периодах: автореф. дис. ... кан. мед. наук / А.А. Колганова. – Ростов-на-Дону. – 2010. – 28 с.

4. Сидорова, И.С. О риске развития аспирационного синдрома у новорожденных / И.С. Сидорова, А.Б. Эдокова, И.О. Макаров и др. // Рос. вестн. перинатол. и пед. 2000. – № 3 – С. 13–16.

5. Шабалов, Н.П. Основы перинатологии / Н.П. Шабалов М.: МЕД-пресс-информ, 2004. – 640 с.

## **ГИГАНТСКАЯ КОНДИЛОМА БУШКЕ-ЛЕВЕНШТЕЙНА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

<sup>1</sup>Милош Т.С., <sup>1</sup>Гутикова Л.В., <sup>2</sup>Сайковская В.Э., <sup>2</sup>Разина С.А.,  
<sup>2</sup>Кашко Л.И., <sup>2</sup>Высокоморная Е.А.

<sup>1</sup>УО «Гродненский государственный медицинский университет»

<sup>2</sup>УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»

Генитальные бородавки возникают в результате инфицирования вирусом папилломы человека (ВПЧ), который является наиболее распространенной вирусной инфекцией в мире, представляет собой существенную эпидемиологическую и клиническую проблему независимо от возраста, пола и расовой принадлежности больных. В возникновении генитальных кондилом значимая роль принадлежит инфекциям, передаваемым половым путем, раннее начало половой жизни, беспорядочные половые контакты, частые беременности и роды и др. Заболевание отмечается с одинаковой частотой как у женщин, так и мужчин в возрасте 20-40 лет [4].

По литературным данным известно, что гигантская кондилома Бушке-Левенштейна является редкой экзофитной разновидностью остроконечных бородавок, ассоциированной с папилломавирусной инфекцией, в основном ВПЧ-6, ВПЧ-11, ВПЧ-18, ВПЧ-31, ВПЧ-33 типов [2]. Их выявление и типирование методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), даже при субклиническом течении, могут служить патогномичным признаком ВПЧ-инфекции вульвы и аногенитальной области. Белки папилломавирусов могут влиять на иммунный ответ, направленный на клетки, пораженные вирусом, путем воздействия на продуцирование цитокинов, а также влияя на выработку антигенов [1].