

3. Этиологическая структура внебольничной пневмонии. Н.Ф. Бруснигина, В.Н. Мазепа, Л.П. Самохина [и др.] // Медицинский альманах. – 2009. – № 2. – С.118-120.

4. Чучалин, А.Г. Пневмония. /А.Г.Чучалин, А.И. Синопальников, Л.С. Страчунский. М.: МИА, 2006. 464 с.

## **АНАЛИЗ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ, ОСЛОЖНЁННЫХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД**

*<sup>1</sup>Пашенко Е.Н., <sup>1</sup>Кеда Л.Н., <sup>2</sup>Егорова Т.Ю., <sup>1</sup>Козич А.А.*

*<sup>1</sup>УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»*

*<sup>2</sup>УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

*Актуальность.* Среди важнейших проблем практического акушерства одно из первых мест занимает проблема преждевременных родов. Частота преждевременных родов не имеет тенденции к снижению, и составляет по данным ряда авторов от 4 до 8,7% [1,2]. Преждевременные роды играют ключевую роль в структуре перинатальной смертности и заболеваемости новорожденных [3,4].

Более 50% преждевременных родов, независимо от особенностей этиологических факторов начинаются с преждевременного излития околоплодных вод [5,6]. В последние годы особую значимость приобрела проблема отхождения околоплодных вод при сроках гестации 22-34 недели. В этот период отсутствует готовность родовых путей к родам, что влечёт за собой длительные затяжные роды и соответственно страдание плода и матери. В тоже время в связи с незрелостью лёгочной ткани у недоношенных детей развивается респираторный дистресс-синдром, недоношенные дети находятся длительно на искусственной вентиляции лёгких с последующими сомнительными исходами. В этой группе недоношенных детей высока перинатальная и ранняя неонатальная смертность [7]. В связи с вышеизложенным очевидна целесообразность внедрения новых методов ведения недоношенной беременности, осложнённой преждевременным излитием околоплодных вод.

По современным представлениям существуют две тактики ведения беременности в срок 22-34 недели с преждевременным излитием околоплодных вод. Первая – родоразрешение в бли-

жайшие часы после излития околоплодных вод в целях снижения риска развития гнойно-септических осложнений у матери и плода. Вторая - пролонгирование беременности для достижения большей морфофункциональной зрелости плода, проведения профилактики развития дистресс – синдрома у плода на фоне адекватной комплексной терапии [3].

*Цель* - проведение анализа перинатальных исходов у пациенток, беременность которых осложнилась преждевременным излитием околоплодных вод в срок гестации 22-34 недели, при применении консервативно-выжидательной тактики ведения для оценки целесообразности длительного пролонгирования такой беременности.

*Методы исследования.* Нами был разработан и внедрён алгоритм ведения преждевременных родов при преждевременном излитии околоплодных вод, согласно которому соблюдалась консервативно- выжидательная тактика ведения.

При наличии жалоб пациентки на водянистые выделения из половых путей, на основании клинических признаков преждевременного излития околоплодных вод включающих в себя: визуальную оценку влагалищных выделений, проведение «Кашлевой» пробы при осмотре шейки матки в зеркалах при влагалищном исследовании, подтверждения наличия околоплодных вод во влагалищных выделениях путём экспресс - диагностики (амниотест) и микроскопического исследования влагалищных выделений (определение наличия чешуек кожи плода), определялся клинический диагноз преждевременного излития околоплодных вод.

Пациентка госпитализировалась в палату наблюдационного родильного блока с соблюдением постельного режима, ежедневной сменой белья, сменой стерильных подкладных пелёнок 4-6 раз в день. Проводилось лабораторное обследование: общий анализ крови (развёрнутый), биохимический анализ крови (С реактивный белок), гемостазиограмма, общий анализ мочи, рутинный мазок на флору, профиль температуры и АД; бактериологическое исследование (мазок из цервикального канала на микробиологическое исследование, в первую очередь на бета-гемолитический стрептококк В с определением чувствительности выделенных штаммов к антибиотикам). Ультразвуковое исследование включающее в себя: биометрический профиль плода, количество око-

лоплодных вод, амниотический индекс, доплерометрическое исследование.

В зависимости от полученных результатов, при отсутствии признаков внутриутробной гипоксии и инфицирования, а также тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологии выбиралась выжидательная тактика ведения беременности. Выбор выжидательной тактики ведения оформлялся в виде информационного согласия пациентки.

Проводился динамический контроль за состоянием беременной: оценка количества и качества подтекающих околоплодных вод, термометрия каждые 3 часа, определение пульса, артериального давления каждые 3 часа, определение содержания лейкоцитов в крови каждые 12 часов с анализом лейкоцитарной формулы, динамика уровня С-реактивного белка 1 раз в 3 дня, контроль за анализом мочи 1 раз в сутки, микроскопическое исследование мазков из влагалища 1 раз в день.

Контроль за состоянием плода:

- измерение окружности живота и высоты дна матки; кардиомониторинг каждые 3 часа;

- доплерометрия кровотока в фетоплацентарной системе не реже 1 раза в 3 дня; оценка индекса амниотической жидкости 1 раз в сутки; проведение фетометрии плода 1 раз в 7-10 дней.

Проводилась профилактика синдрома дыхательных расстройств новорожденного в зависимости от прогнозируемого срока родов по экспресс-схеме - дексаметазон (бетаметазон) 12 мг через 12 ч. (24 мг за 24 ч.) или по схеме - дексаметазон в дозе 6 мг внутримышечно четырёхкратно с интервалом 12 часов (курсовая доза 24 мг.).

Антибактериальная терапия начиналась сразу после постановки диагноза преждевременного излития околоплодных вод и продолжалась до момента родов. В случае пролонгирования беременности более 10 суток и отсутствия клиники инфицирования антибактериальная терапия прерывалась. Для эмпирической профилактической антибиотикотерапии применялись цефалоспорины 3-его поколения, защищенные пенициллины. Смена или повторный курс проводился с учетом характера микрофлоры и чувствительности ее к антибиотикам.

В случае развития регулярной родовой деятельности или развития других акушерских осложнений, указывающих на про-

тивопоказания к выжидательной тактике ведения пациентки: хориоамнионит, осложнения беременности, требующие срочного родоразрешения (тяжёлый гестоз, отслойка плаценты, кровотечение при предлежании плаценты), декомпенсированное состояние плода, выраженное маловодие (индекс амниотической жидкости менее 3см. в течение 3 дней), развитие регулярной родовой деятельности (схватки не реже 1 в 10 минут по 30-40 секунд и более, укорочение шейки матки на 8-% от исходной длины, открытие шейки матки более чем на 3см.) выполнялось родоразрешение путём операции кесарева сечения.

*Результаты и их обсуждение.* Нами был проведен анализ 57 историй родов и историй развития новорожденных у пациенток, родоразрешённых досрочно в срок гестации 22-34 недели в связи преждевременным излитием околоплодных вод. В контрольную группу были включены 30 случаев преждевременных родов проведенных по выжидательной тактике в соответствии с алгоритмом.

Группу сравнения составили 27 случаев преждевременных родов со спонтанным развитием родовой деятельности в аналогичные сроки гестации и наличием преждевременного излития околоплодных вод.

В процессе анализа было установлено. В 32 случаях преждевременных родов из 57 - 56,1% беременность протекала на фоне имеющегося хронического воспалительного заболевания: хронический тонзиллит – 13 случаев, хронический пиелонефрит – 11 случаев, хронический ринит – 8 случаев. В 38 случаях 66,8% пациентки перенесли воспалительные заболевания в течение беременности: ОРВИ - 18 случаев, ОРЗ – 12 случаев, герпес – 5 случаев, ангина, острый цистит, отит - по 1 случаю. У 29 пациенток -51% при обследовании было выявлено наличие ИПП.

В 43 случаях -75% акушерский анамнез у беременных был отягощён: в 11 случаях в анамнезе было кесарево сечение, в 15 случаях предыдущие беременности также заканчивались преждевременными родами, в 10 случаях в анамнезе был самопроизвольный выкидыш, в 3 случаях не развивающаяся беременность, в 4 случаях медицинский аборт. Первородящими были 17 пациенток - 29,8%. Повторные роды предстояли 28 беременным -

49,1%. В 8 случаях – 14% роды были третьи по счёту. В 4 случаях паритет родов был более 3 – 7%.

В каждом случае нами была установлена предполагаемая причина преждевременных родов. Основной причиной невынашивания беременности явился инфекционный фактор – 47 случаев- 82,4%. В 6 случаях инфекционный фактор сочетался с привычным невынашиванием и отягощённым акушерским анамнезом – 10,5%. В 3 случаях-5,2% инфекционный фактор сочетался с истмиоцервикальной недостаточностью.

В исследуемой группе пациенток с выжидательной тактикой ведения в 100% случаев был проведен полный курс профилактики синдрома дыхательных расстройств у плода, из них в 13 случаях – 22,8% применялась длинная схема введения дексаметазона, в 17 случаях – 77,2% экспресс схема.

В случае применения выжидательной тактики ведения преждевременных родов при преждевременном излитии околоплодных вод удалось пролонгировать беременность до 20 дней в 1 случае, более 14 дней в 6 случаях, 10 дней – 7 случаев, 7 дней – 9 случаев, до 5 дней – 5 случаев, до 2 дней – 2 случая.

В контрольной группе из 27 пациенток только в 17 случаях – 63% была проведена профилактика синдрома дыхательных расстройств у плода по экспресс схеме, однако роды в последующем наступили в срок мене суток после её окончания. В 10 случаях -37% профилактика синдрома дыхательных расстройств не была проведена по причине поступления пациенток в активной фазе родов.

Все 57 пациенток - 100% были родоразрешены путём операции кесарева сечения в связи с высоким риском развития перинатальных потерь при родах через естественные родовые пути в срок гестации до 34 недель беременности.

В исследуемой группе с применением выжидательной тактики зарегистрированы преждевременные роды в 6 случаях в срок 22-29 недель беременности, в 14 случаях в срок 29-32 недели беременности, в 11 случаях в срок 32-34 недели беременности. В контрольной группе роды наступили в 7 случаях в срок 29-32 недели и в 20 случаях в срок 32-34 недели беременности.

По весу новорожденные в исследуемой группе пациенток распределились следующим образом: с чрезвычайно низкой мас-

сой родилось 5 детей, с очень низкой массой – родилось 18 детей, с низкой массой тела – 7 детей. В контрольной группе с чрезвычайно низкой массой тела зарегистрировано 2 новорожденных, с очень низкой массой – 11 новорожденных, с низкой массой – 14 новорожденных.

Всем детям при применении активной тактики ведения потребовалось проведение ИВЛ в течение длительного времени (до 14 дней). В этой группе был зарегистрирован 1 случай внутрижелудочкового кровоизлияния II степени, в то время как при использовании выжидательной тактики ведения у новорожденных в 5 случаях ИВЛ не проводилась, в остальных 25 случаях ИВЛ проводилась от 1 до 5 суток и параметры вентиляции снижались достаточно быстро. Случаев внутрижелудочковых кровоизлияний не было зарегистрировано.

Следует отметить, что во всех группах наблюдения в структуре внутриутробного инфицирования ведущее место занимала внутриутробная пневмония. Однако в исследуемой группе это заболевание зарегистрировано у 14 новорожденных – 46,6%, а в контрольной группе у 19 новорожденных – 70,4%.

При гистологическом исследовании последа изменения воспалительного характера зафиксированы в исследуемой группе у 13 пациенток – 43,3%, а в контрольной у 21 пациентки – 77,8%.

*Выводы.* Главным критерием эффективности той или иной тактики ведения недоношенной беременности, осложнившейся преждевременным излитием околоплодных вод, является улучшение перинатальных исходов.

Проведенная нами сравнительная оценка перинатальных исходов при активной и выжидательной тактике ведения недоношенной беременности, осложнившейся преждевременным излитием околоплодных вод, показала, что наиболее оправданной является консервативно-выжидательная тактика.

Пролонгирование беременности в срок 22-34 недели гестации при преждевременном излитии околоплодных вод способствует снижению частоты развития и тяжести синдрома дыхательных расстройств у новорожденных, частоты встречаемости и степени внутрижелудочковых кровоизлияний у недоношенных детей и соответственно улучшает качество их жизни. Проведение длительной комплексной терапии, в том числе и антибактериаль-

ной, способствует снижению риска реализации внутриутробной инфекции у новорожденных и гнойно-воспалительный осложнений у матери. Всё вышеизложенное имеет выраженный экономический эффект в затратах по выхаживанию недоношенных детей.

#### Литература

1. Сидельникова В.М., Антонов А.Г. Преждевременные роды, недоношенный ребёнок/ 2006.-с.33-38.
2. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности - современный взгляд на проблему/ В.М. Сидельникова //Российский вестник акушера-гинеколога -2007.- №2-с.-с.62-64.
3. Чернуха Е.А. Родовой блок / Чернуха.-М. Триада 2003. – с.328-337.
4. Козловская И.А. Особенности течения беременности у женщин с дородовым излитием околоплодных вод / И.А. Козловская //Материалы IV съезда акушеров-гинекологов Россия Москва 2008г.-с.25-29.
5. Chiswick M. Antenatal TRH Lancet 1995, 345-872.

## **ВЛИЯНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ**

<sup>1</sup>*Попова Ю.В., <sup>1</sup>Ковалева Е.М., <sup>2</sup>Русина А.В., <sup>1</sup>Тищенко Е.М.*

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

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

Главным в воспитании детей является то, что они должны быть здоровыми, так как общеизвестно, что здорового ребенка легче воспитывать. У него быстрее устанавливаются все необходимые умения и навыки, он лучше приспосабливается к смене условий и воспринимает все предъявляемые ему требования. Проблема сохранения жизни и здоровья детей в возрасте от 0 до 3-х лет является важнейшей стратегической задачей сохранения жизни и здоровья населения в целом.

На основании анкетирования поставили цель изучить влияние образа жизни родителей на здоровье детей.

В опросе участвовало 147 респондентов, имеющих детей в возрасте до трех лет. Из них в городах проживало 83 респондента, жителями села явились - 64. 94% респондентов имели полные семьи, а остальные 6 % - неполные семьи, где есть только мать. У основной доли опрошенных - 81% был средний уровень дохода.