

оказалась тоньше у женщин опытной группы, причем имеет наименьшую толщину при начавшемся аборте. У женщин с беременностью без осложнений была установлена зависимость толщины плаценты от диаметра артерий, кровоснабжающих матку, а также влияние ее на такие размеры плода, как окружность живота и диаметр бедра. При угрозе невынашивания беременности связь между маточными артериями и толщиной плаценты утрачивается, зато последняя имеет прямое отношение на развитие плода и его размеры. Так как плацента тоньше при угрозе невынашивания беременности, то и плоды будут менее развиты и иметь меньшие размеры у женщин с данной патологией, по сравнению с женщинами с нормально протекающей беременностью. Планируется дальнейшее изучение проблемы невынашивания беременности и выяснения анатомических предпосылок для развития данного состояния.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тютюнник, В.Л. Хроническая плацентарная недостаточность и инфекция // Материалы II Российского форума «Мать и дитя»: Сб. научн. тр. - Москва, 2000. - С. 153-154.
2. Сидельникова, В.М. Невынашивание беременности плода // Сидельникова, В.М., Бурлев В.А., Бубнова Н.И., Балика Ю.Д. – Акушерство и гинекология. - 1994. – №4. - С. 14-20.
3. Сидельникова, В.М. Сборник клинических лекций и методических рекомендаций по проблеме невынашивания беременности. - М., 1994. - 136с.
4. Benirschke, K. Pathology of human placenta. - Benirschke K., Kaufmann P. – New York, 1990. - 234 p.
5. Yoshida, Y. Placenta: basic research for clinical application. - Basel, 1991. - P. 166-175.
6. Massalska, D. First trimester pregnancy loss: Clinical implications of genetic testing. / D. Massalska., J.G. Zimowski, J. Bijok, M. Pawelec // Journal of Obstet. Gynaecol. Res. – № 43, Vol. 1. – P. 23-29.

ВНУТРИУТРОБНЫЕ ИНФЕКЦИИ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ: ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ И СВОЕВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ У МАТЕРИ И РЕБЕНКА

Воробьева Т.И., Лазаревич В.К., Лазаревич С.Н., Макаревич Д.И.

УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно»

Актуальность. Внутриутробные инфекции (ВУИ) – группа инфекционно-воспалительных заболеваний плода и детей раннего возраста, которые вызываются различными возбудителями, но характеризуются сходными эпидемиологическими параметрами и нередко имеют однотипные клинические проявления [1]. Проблема внутриутробных инфекций является одной из ведущих в акушерской практике в связи с высоким уровнем инфицирования беременных, рожениц и родильниц, опасностью нарушения

развития плода и рождения больного ребенка [2]. Наличие инфекции у матери служит фактором риска неблагоприятного исхода беременности и родов, но это не всегда означает инфицирование плода.

Цель. Выявление внутриутробной инфекции (ВУИ) и своевременная терапия для предотвращения осложнений у матери и ребенка.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 70 историй родов женщин, которым на базе отделения патологии беременности УЗ «ГКБ СМП г. Гродно» проводилось полное клинико-лабораторное исследование и лечение в соответствии с клиническими протоколами МЗ РБ № 1182 от 09.10.2012. Средний возраст пациенток составил $23,2 \pm 5,8$ лет. При анализе историй родов учитывались следующие показатели: отягощенный акушерский анамнез; инфекции у беременных; осложнения беременности; экстрагенитальные заболевания у матери; вес родившегося ребенка; оценка новорожденного по шкале Апгар; клинические проявления ВУИ у новорожденных; гистологическое исследование последа; микробиологическое исследование посева из цервикального канала и/или мочи; микроскопия влагалищного мазка.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась при помощи компьютерных программ «Statistica 6.0» и «Excel5.0».

Результаты исследования и обсуждение. У всех женщин данная беременность завершилась родами. В группу исследуемых входили женщины, которые имели осложненное течение беременности, такие как угроза прерывания беременности, многоводие, маловодие, плацентит, фетоплацентарная недостаточность и задержка внутриутробного развития, а так же 26 (37,4%) женщин с острым инфекционным процессом, таким как острый пиелонефрит в 15 случаях (21,42%), ОРВИ в 5 случаях (7,14%), острый цистит и острый бронхит в 3 случаях соответственно (4,30%). Данной группе сопутствовали такие осложнения, как анемия у 24 (34,28%) исследуемых, отеки вызванные беременностью у 18 (25,71%), умеренная преэклампсия у 18 (25,71%). У 24 женщин (34,28%) с внутриутробной инфекцией отмечался отягощенный акушерский анамнез, включающий в себя аборт 14,28% (10 случаев), замершую беременность 10,28% (8 случаев) и выкидыши в раннем сроке беременности 8,57% (6 случаев). Отмечены случаи инфекции, по анамнестическим данным и результатам диагностики методом ИФА и ПЦР, и инфекции, перенесенные матерью во время беременности. Всего 61 случай (87,14%): уреоплазмоз 26 (27,14%), TORHC- инфекция 19 (23%), хламидиоз 16 (14%). У 64 беременных (91,42%) имелись экстрагенитальные заболевания, наиболее частыми из них явились хронический пиелонефрит – 50%, хронический гастрит – 43,75%; цистит – 25%; микролиты почек – 18,75%; нефроптоз – 15,24%. Всем пациенткам были проведены исследования общего анализа крови, общего анализа мочи, определен уровень С-реактивного белка, взята микроскопия влагалищного мазка, посева на микрофлору и чувствительность к АБ из цервикального канала и/или мочи. Инструментальным методом выбора является УЗИ диагностика плода. Специфичные для внутриутробного инфицирования признаки, определяемые

при УЗ диагностики – это изменения структуры плаценты (отек, варикозное расширение сосудов, наличие гиперэхогенных включений, контрастирование базальной пластины), расширение ЧЛС почек плода, многоводие, маловодие. После проведенных обследований 38 (54,2%) беременных в ОАК имели лейкоцитоз более $12 \cdot 10^9$ в 9 и/или сдвиг формулы влево, у 34 (48,6%) женщин уровень СРБ превышал 10, у 17 (24,3%) наблюдались изменения в плаценте по данным УЗИ и у 12 (17,14%) отмечалось многоводие и маловодие. Также при исследовании мазка из влагалища методом световой микроскопии у 45% женщин обнаружено повышенное количество лейкоцитов, кокковая флора, дрожжевые грибы, ключевые клетки. При бактериальном посеве содержимого цервикального канала и мочи был выявлен рост аэробных и анаэробных организмов (*Escherichia coli*, *Streptococcus haemolyticus*). Всем пациенткам из группы риска по ВУИ и наличием одного из таких критериев как: положительный результат бакпосева с клинически значимым микробным числом (более 10 в 6), СРБ более 10, лейкоцитоз в крови более $12 \cdot 10^9$ со сдвигом влево – назначалась АБ терапия, согласно чувствительности к антибиотикам. Использовались цефалоспорины III поколения в 60% случаях, макролиды в 30% и АБ пенициллинового ряда в 10% случаях. Своевременная антибактериальная терапия дала положительный результат: преждевременные роды встретились только у 2 (2,85%) женщин, 99% результат был получен в лечении многоводия и 82% – в лечении маловодия, 18% маловодие сохранилось, но количество вод увеличилось. 100% результат в купировании инфекционного процесса. По исходам беременностей можно выявить следующую закономерность, что большинство беременных родоразрешены через естественные родовые пути – 58 пациенток (82,85%), у 12 пациенток (17,14%) роды закончены путем операции кесарева сечения в экстренном порядке. Показания, которые привели к экстренному оперативному родоразрешению – это прогрессирующая внутриутробная гипоксия плода – 10% (7 случаев), первичная слабость родовой деятельности, не поддающаяся медикаментозной терапии – 7,14% (5 случая). По оценке массы новорожденных получены следующие данные: число родившихся детей с массой 2500 г и меньше – 5,71% (4 случая), 4000 г и выше – также 11,4% (8 случаев). Вместе с тем количество новорожденных с массой от 2500 г до 3900 г составляет 82,85% (58 случаев). При оценке новорожденных по шкале Апгар выявлено, что оценка меньше 8 баллов встречается в 11,4% (8 случаев), больше 8 баллов – 88,57% (62 случая). Клинические проявления ВУИ у новорожденных: анемия – 17,14%; конъюгационная желтуха (как ранний признак) – 15,71%; ЗВУР – 7,14%; При гистологическом исследовании плацент данных женщин отмечены следующие изменения: серозный децидуит – у 37 (52,85%); серозный интервиллузит и ишемические инфаркты – у 21 женщины (30%); кальцификаты – у 19 женщин (27,14%); инфекционно-воспалительный процесс вирусной этиологии из-за лимфоцитарной инфильтрации последних – у 10 женщин (14%); полнокровие сосудов ворсин хориона и пуповины – у 3 женщин (3,50%).

Выводы. Основными факторами риска внутриутробного инфицирования плода являются уrogenитальные инфекции у матери, хронические очаги

инфекции в организме женщины, их обострение во время беременности, инфекционные заболевания в период гестации (в том числе и перенесенные ОРВИ во второй половине беременности). Следует обращать внимание на наличие отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза (хронические воспалительные заболевания, эндоцервицит, кольпит, невынашивание и недонашивание беременности, бесплодие). Для внутриутробного инфицирования плода наиболее характерны угроза прерывания беременности, многоводие, наличие фетоплацентарной недостаточности, задержка внутриутробного развития плода. Специфичными для внутриутробного инфицирования плода являются признаки, определяемые при ультразвуковом сканировании: изменения структуры плаценты (отек, варикоз сосудов, наличие гиперэхогенных включений, контрастирование базальной пластины, расширение межворсинчатого пространства) и расширение чашечно-лоханочной системы почек плода. Проведенный анализ позволяет утверждать, что выделение факторов риска развития внутриутробного инфицирования плода, своевременная диагностика и лечение, несомненно способствуют выраженному снижению частоты данной патологии и уменьшению ее роли в структуре причин перинатальной заболеваемости и смертности, а также снижению частоты акушерских осложнений при беременности и в родах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Охотникова И.М. Значение внутриутробной вирусной инфекции в органной патологии детей грудного возраста / И.М. Охотникова, В.А. Агейкин, Л.С. Лозовская // Мед.науч. и учеб.-метод. журн. – 2001. – № 5. – С. 81–87.
2. Сидорова И.С., Черненко И.Н., Сидоров А.А. Особенности течения и ведения беременности при внутриутробном инфицировании плода // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2006. – № 3. – С.18-20.

ПРИМЕНЕНИЕ ПСИХОДИДАКТИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ УЧРЕЖДЕНИЙ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Воронко Е.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Вопрос о применении технологий в образовательном процессе до настоящего времени остаётся дискуссионным. В педагогической литературе понятие педагогической технологии трактуется очень широко и может рассматриваться на трёх уровнях: общепедагогическом, предметном и модульном.

На общепедагогическом уровне подчёркивается связь педагогической технологии с решением фундаментальной педагогической задачи – достижением более эффективной формы образования, связанной с ресурсным обеспечением образования (разработка образовательных стандартов и планов, учебников, организация учебного процесса, подготовка педагогического персонала,