

осуществляется согласно протоколу. При диагностировании легких и среднетяжелых форм болезни дети получают симптоматическое лечение, питье 5% раствора глюкозы, минеральной воды, им назначают комплекс витаминов и, при необходимости, желчегонные препараты. При тяжелой форме назначаются кортикостероидные гормоны коротким курсом; проводятся внутривенные капельные вливания. Больных со злокачественной формой гепатита переводят в блок интенсивной терапии. Подключают ингибиторы протеолиза. Больным делают высокие очистительные клизмы, промывают желудок. При неэффективности терапии (кома I-II) проводят плазмаферез в объеме 2-3 ОЦК 1 раз в сутки. При диагностировании острого ГС необходимо назначить рекомбинантный интерферон альфа в виде отечественного препарата **Виферон** в форме суппозиторий. Однако применение инъекционных форм рекомбинантного интерферона альфа может сопровождаться существенными побочными явлениями. Это необходимо учитывать особенно при лечении детей раннего возраста. Вместе с тем при остром ГВ интерферон, как правило, не назначается. Серьезной проблемой является хронические вирусные гепатиты – ХГВ и ХГС. При диагностировании хронического гепатита В или С без синдрома холестаза при наличии активности и обнаружении маркеров репликации вируса-возбудителя назначается лечение рекомбинантным интерфероном альфа. Данная терапия является этиотропной и иммуномодулирующей. При диагностировании хронического гепатита В или С с синдромом холестаза лечение вифероном сочетают с приемом урсофалька. Если к концу 3 месяца интерферонотерапии констатируется наступление частичной или полной ремиссии, то данное лечение продолжается до 6-ти месяцев. По окончании 6-месячного курса при наличии частичной ремиссии терапия интерфероном продлевается еще на 3 месяца (до 9 месяцев) с последующим обследованием. При констатации ремиссии в этот срок лечение необходимо проводить еще 3 месяца (до 12 месяцев) с целью формирования стойкого ответа. Если после 6 месяцев терапии нет положительного эффекта, лечение интерфероном следует прекратить. В этих случаях у детей старшего возраста обычно рекомендуется перейти на комбинированную терапию в виде сочетания интерферона с другими противовирусными препаратами, например, с ламивудином, ремантадином или фосфогливом. Однако, указанные препараты не разрешены к применению у детей первого года жизни.

Интерферонотерапию сочетают с назначением гепатопротекторов из группы флавоноидов таких, как карсил, силибор. Карсил дается детям из расчета 5 мг/кг в сутки 2-3 раза. Лечение продолжается 30-90 дней. Силибор таким же курсом назначается в дозе 0,02 г 2-3 раза в день.

Выводы. Вирусные гепатиты у детей первого года жизни могут иметь различную этиологию, однако, преимущественно это перинатальные гепатиты В и С, которые с большой частотой трансформируются в хронические формы.

У детей первого года жизни ХГВ и ХГС необходимо лечить рекомбинантным интерфероном альфа. Под влиянием рекомбинантного интерферона альфа-2b – виферона удается достичь стабильной ремиссии в 69% случаев при ХГВ и ХГС у детей с началом гепатита на первом году жизни.

ПОДГОТОВКА ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ – БАЛАНС МЕЖДУ НЕОБХОДИМОСТЬЮ И «АКУШЕРСКОЙ АГРЕССИЕЙ»

*Занько Ю.В., Романовская Т.О., Небедухина Р.В., Наумов А.Д.
УО «Витебский государственный медицинский университет»*

Актуальность. Последние годы в акушерстве наблюдается увеличение частоты индукции родов и в развитых странах их частота колеблется от 11,4 до 29,1% [1, 2]. Индукция родов не является безопасной процедурой, а эффективность зависит от правильного выбора показаний и противопоказаний, времени проведения и метода [3,5]. Индукция считается обоснованной, если ее использование улучшает материнские и перинатальные исходы и не приводит к увеличению числа осложнений [3].

Основным фактором, определяющим готовность организма беременной к родам, является состояние шейки матки, зрелость которой – необходимая составляющая своевременного начала родовой деятельности и успешного родоразрешения [3,5].

По данным литературы, при незрелой или недостаточно зрелой шейке матки роды в 57,2% случаев сопровождаются преждевременным излитием околоплодных вод, в 44,2% – аномалиями родовой деятельности, и в результате в 16,3% случаев заканчиваются оперативным родоразрешением [6,7].

Цель. Определение наиболее безопасного метода подготовки шейки матки к родам.

Материал и методы. Было проведено наблюдательное обсервационное исследование случай-контроль, куда вошли 635 беременные женщины в возрасте от 18 до 40 лет. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ «STATISTICA 10.0», Microsoft Excel. Для описания вероятности наступления неблагоприятных исходов рассчитывался относительный риск (ОР) с 95% доверительным интервалом (ДИ) и оценкой индекса потенциального вреда (ИПВ). Индекс потенциального вреда (ИПВ) – необходимое число лиц, подвергающихся воздействию вредного фактора для развития одного неблагоприятного исхода.

Результаты и обсуждение. В ходе проведения исследования роженицы были разделены на две группы. В контрольную группу вошли беременные, у которых физиологические роды начинались спонтанно, что наблюдалось у 499 рожениц (62,8%). В основную группу вошло 236 (37,2%), где родам предшествовали мероприятия по подготовки шейки матки к родам.

В основной группе подготовка шейки матки к родам производилась чаще одним способом у 138 беременных, что составило 58,4 % (95% ДИ 52,1-64,5), у 98 беременных женщин в 41,6% (95% ДИ 35,4-47,9) случаев применялась комбинация способов. При подготовке шейки матки к родам одним способом чаще других использовались: палочки ламинарии у 60 беременных (43,4%) (95% ДИ 35,4-51,8). Схема родов применялась у 24, что составило 17,3% (95% ДИ 11,9-24,6) случаев подготовки шейки матки. Мифепристон как самостоятельный метод применялся у 23 беременных (16,8%) (95% ДИ 11,3-23,8), простин гель применялся у 18 рожениц (13%) (95% ДИ 8,3-19,7), катетер Фолея у 13 рожавших женщин (9,4%) (95% ДИ 5,4-15,5).

ОР развития аномалий родовой деятельности связан с применением для подготовки шейки матки к родом простин геля (ОР 5,542, 95% ДИ 1,7-17,9 $p < 0,004$, ИПВ=7,3), палочек ламинарий (ОР 3,325, 95% ДИ 1,3-8,5 $p < 0,01$, ИПВ=14,3), катетера Фолея (ОР 5,542, 95% ДИ 1,4-22,1 $p < 0,01$, ИПВ=7,3).

Анализируя исход родов путем экстренного кесарева сечения при подготовке шейки матки к родам было установлено, что количество оперативного метода родоразрешения значительно увеличивается при проведение мероприятий по подготовки шейки матки к родам (ОР 2,4, 95% CI 1,4-4,1 $p < 0,003$, ИПВ=14,7). Данные об ОР окончания родов путем операции экстренного кесарева сечения при подготовке шейки матки к родам различными методами представлены на рисунке 1.

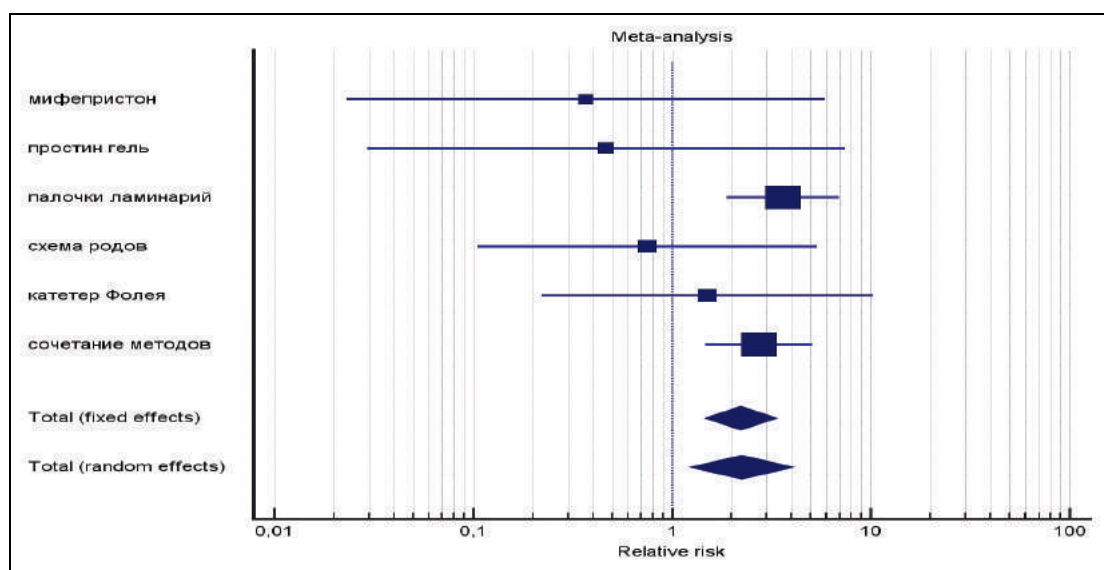


Рисунок 1. Относительный риск экстренного кесарева сечения при подготовке шейки матки к родам различными методами

Из приведенных данных видно, что увеличение относительного риска исхода родов путем операции экстренного кесарева сечения увеличивается при применении для подготовки шейки матки к родам палочек ламинарий (ОР 3,6, 95% ДИ 1,9-6,9 $p < 0,0001$, ИПВ=4,2) и сочетании способов (ОР 2,7, 95% CI 1,5-5,1 $p < 0,001$, ИПВ=6,9). Установлено, что при подготовке шейки матки к родам мифепристоном, простин гелем, и схемой родов увеличение ОР родоразрешения путем экстренного кесарева сечения не происходило.

Из приведенных данных видно, что риск развития внутриутробной асфиксии плода увеличивается, при подготовке шейки матки к родам при помощи катетера Фолея, палочек ламинарий и схемы родов (RR 9,9 95% ДИ 2,5-39,3, $p < 0,001$, ИПВ=5,0), сочетание палочек ламинарий и катетера Фолея так же увеличивает относительный риск развития внутриутробной асфиксии (ОР 8,9 95% ДИ 1,4-7,4 $p < 0,02$, ИПВ=5,6). Применение мифепристона и палочек ламинарий как самостоятельных методов подготовки шейки матки к родам не увеличивает относительный риск развития внутриутробной асфиксии плода.

Выводы. При подготовке шейки матки к родам возникает «circulus vitiosus» (подготовка шейки матки-аномалии родовой деятельности – асфиксия – экстренное кесарево сечение), где ключевым моментом является ятрогенное воздействие в виде использования физических методов подготовки шейки матки к родам.

Наиболее безопасным методом подготовки шейки матки к родам является применение мифепристона и простин геля.

Литература

1. Guerra, G.V. Factors and outcomes associated with the induction of labour in Latin America / G.V. Guerra, J.G. Cecatti, J.P. Souza // Br. J. Obstet. Gynaecol. – 2009. – Vol. 116, 13. – P. 1762-1772.

2. Trends in induction of labour, 1998-2007: a population-based study / N.M. Mealing [et al.] // Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol. – 2009. – Vol. 49, 6. – P. 599-605.
3. Рекомендации ВОЗ по индукции родов / Всемирная организация здравоохранения. – Женева : Изд-во ВОЗ, 2014. – 38 с.
4. Румянцева, В.П. Роль лейкоцитов и цитокинов в развитии и регуляции родовой деятельности при своевременных родах / В. П. Румянцева, О. Р. Баев, В. Н. Верясов // Акушерство и гинекология – 2011. – №8. – С. 11-15.
5. Подготовка шейки матки к родам и родовозбуждение / О. Р. Баев [и др.] // Акушерство и гинекология – 2012. – №4/2. – С. 1-16.
6. Гутикова, Л. В. Применение ламинарий для подготовки шейки матки к родам при гестозе лёгкой степени / Л. В. Гутикова, В. А. Лискови // Акушерство и гинекология. – 2006. – №5. – С. 47–49.

ОСОБЕННОСТИ СОБСТВЕННОЙ БЕТА-ЛАКТАМАЗНОЙ АКТИВНОСТИ В ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОДАХ

Занько А.С., Семенов Д.М.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Бета-лактамы являются лидерами среди антибактериальных препаратов, которые назначаются врачом во время беременности. Однако при их назначении должно учитываться такое явление, как резистентность к антибактериальному препарату.

Вплоть до настоящего времени антибиотикоустойчивость болезнетворных бактерий рассматривалась лишь как приспособительная реакция микроорганизмов. При этом исследователи и клиницисты традиционно не принимают во внимание, что организм человека, со своей стороны, также небезразличен к введению антибиотиков [2].

К основным факторам собственной бета-лактамазной активности человеческой крови можно отнести воздействие на молекулы антибактериального препарата человеческого сывороточного альбумина (ЧСА). Помимо ЧСА, большинство белковых фракций крови обладает бета-лактамазной активностью, составляющей приблизительно 9,6% от общей сывороточной. Собственной бета-лактамазной активностью обладают также и поликлональные IgG [3;4].

Клиническая значимость феномена высокой бета-лактамазной активности сыворотки крови установлена в ряде независимых исследований, однако в доступной литературе отсутствуют данные об изучении данного феномена при беременности, что требует дальнейшего изучения.

Во время беременности в женском организме появляется ещё одна среда – амниотическая жидкость. Высокая бета-лактамазная активность амниотической жидкости может быть связана с размножением в ней бактерий способных продуцировать бета-лактамазы вместе с тем возможно предположить наличие собственной бета-лактамазной активности околоплодных вод за счет содержащихся иммуноглобулинов, основной источник которых сыворотка крови матери.

Цель исследования изучить уровень бета-лактамазной активности околоплодных вод у беременных женщин, и оценить клиническое значение биологической резистентности к бета-лактамам антибиотикам у данной группы пациенток.

Материал и методы. Проведено исследование образцов околоплодных вод 20 женщин (n=20) находившихся на стационарном лечении в Витебском городском клиническом роддоме №2 с 1.10.12 по 1.05.13, у 13 из этих женщин (n=13) также была определена собственная (т.н. «биологическая») бета-лактамазная активность сыворотки крови. Пробы околоплодных вод забирались при проведении операций кесарева сечения.

Бета-лактамазную активность в сыворотке крови исследуемых пациентов, полученной путем центрифугирования цельной свежеполученной крови, выдержанной в холодильной камере при +4°C в течение 4 - 6 часов для образования фибринового сгустка, при 3000 об/мин в течение 15 минут определяли с использованием Тест-система БИОЛАКТАМ (ТУ ВУ 391353648.001–2011). Учет результатов проводился с помощью программного обеспечения, адаптированного к ИФА-анализатору производства ОАО «Витязь», Республика Беларусь (фотометр универсальный Ф300 ТП).

Возраст исследуемых женщин составил от 22 до 41 лет. Средний возраст составлял 33,8 года. Среди исследованных женщин у 4 имелся острый воспалительный процесс (бактериальная инфекция половых путей). 16 женщин были здоровы.

Диагностика заболеваний у пациентов, вошедших в исследование, осуществлялась в соответствии с общими принципами и правилами клинической и лабораторной диагностики, изложенными в клинических протоколах наблюдения беременных, рожениц, родильниц, диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии, утвержденных Министерством здравоохранения Республики Беларусь (09.10. 2012 г. № 1182).