

УДК 616.1/.2:[616.9:578.834.1](476.2)

ОПЫТ ОКАЗАНИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В УСЛОВИЯХ COVID-19

Корбут И. А.¹, Захаренкова Т. Н.¹, Бурлакова И. А.², Старовойтова И. В.³

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Управление здравоохранения Гомельского областного исполнительного комитета,

³Учреждение

«Гомельская областная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

На территории Гомельской области во исполнении приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 06.04.2020 № 387 «Об утверждении инструкции «Об организации медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам с вероятной или подтвержденной инфекцией COVID-19» и дополнительных противоэпидемических мерах» был выпущен приказ главного управления охраны здоровья Гомельского областного исполнительного комитета № 535 от 10.04.2020, который регламентирует указанную деятельность.

Цель

Проанализировать особенности оказания помощи беременным, роженицам и родильницам Гомельской области.

Материал и методы исследования

Проанализирован алгоритм оказания акушерско-гинекологической помощи на базе Гомельской областной клинической больницы на примере двух клинических случаев.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациентка Б, 35 лет, повторнوبرеменная повторнородящая, была направлена в родовое отделение учреждения «Гомельская областная клиническая больница» (УГОКБ) согласно приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23.01.2010 г. № 52 «Об утверждении положения о разноуровневой системе перинатальной помощи и порядке ее функционирования в Республике Беларусь». Диагноз при поступлении «Беременность 27 недель (189 дней). ОАА (1 медицинский аборт). Преждевременное излитие околоплодных вод. Хронический ларингит, ремиссия. Миопия слабой степени. Псориаз. Rh-отрицательная кровь матери без титра антител. Острая респираторная инфекция, остаточные явления. Хроническая плацентарная недостаточность на фоне нарушения ФПК 1Б ст. Маловодие». Учитывая срок гестации, преждевременный разрыв плодных оболочек, была назначена антибактериальная терапия, профилактика респираторного дистресс-синдрома новорожденного, дообследование и лечение выявленной патологии.

Операция кесарево сечение была выполнена 05.05.2020 г., родился живой недоношенный мальчик весом 1120 грамм с оценкой по шкале Апгар 5/5 баллов. Послеродовый послеоперационный период осложнился ранним гипотоническим кровотечением, что потребовало наложения компрессионного гемостатического шва по В-Lynch, а также трансфузии криопреципитата. В послеоперационном послеродовом периоде была диагностирована энцефалопатия, вероятно интоксикационного генеза, судорожный синдром от 05.05.2020 г. в виде статуса генерализованных судорожных припадков. По клиническим показаниям было выполнено исследование на COVID-19 — ПЦР назофарингеального мазка, который был положительный от 06.05.2020 г. После проведения дополнительных лабораторных и инструментальных исследований, консультаций тера-

певта, пульмонолога, проведения консилиума бы выставлен диагноз «Коронавирусная инфекция COVID-19 Двусторонняя полисегментарная пневмония, тяжелое течение, застойно-бактериальная. ДН II. Токсическая миокардиопатия». Неоднократно выполнялась компьютерная томография органов грудной клетки: 06.05.20 КТ — картина двухсторонней полисегментарной гипостатической пневмонии. КТ — признаки ателектаза S9, S10 сегментов левого легкого. Легочная гипертензия и 20.05.20 — двусторонняя интерстициальная полисегментарная пневмония (объем поражения < 25 %). Выраженная положительная динамика в отношении гипостатических изменений в задних сегментах легких. Лечение включало в себя иммард 200 мг по 2 раза в сутки внутрь, омепразол, фраксипарин 5700 анти-ХА МЕ 0,6 мл подкожно, инванз 1,0 внутривенно капельно 1 раз в сутки, амклав 1,0 внутривенно капельно 2 раза в сутки, амикацин 250 мг/мл 2 мл 2 раза в сутки, бромкриптин-КВ 2,5 мг внутрь 2 раза в сутки, бромгексин 0,008 г 3 раза в сутки внутрь, флуконазол 50 мг в сутки. На фоне нормализации клинико-лабораторных и инструментальных данных женщина была выписана с рекомендациями продолжить лечение у терапевта, гинеколога по месту жительства, выполнить компьютерную томографию органов грудной клетки по месту жительства в плановом порядке через 3 месяца. Рекомендовано также проработать курс поливитаминов 1 месяц, линекс-форте 10 дней и арбедол в течение 1 месяца по схеме. Проведение новорожденному ПЦР назофарингеального мазка не выявило у него возбудителя.

Пациент К., направлена в ГОКБ с диагнозом «Коронавирусная инфекция COVID-19 (ПЦР от 17.06.20 — положительный. КТ ОГК от 18.06.20). Внегоспитальная двусторонняя полисегментарная интерстициальная пневмония, тяжелое течение. ДН I. Беременность 28 недель. Антенатальная гибель плода. Резус отрицательная принадлежность крови матери. Малая аномалия развития сердца: аномально расположенная ложная хорда левого желудочка. Миопия слабой степени. Аутоиммунный тиреоидит: субклинический гипотиреоз». Состояние при поступлении тяжелое. Тяжесть состояния обусловлена дыхательной недостаточностью, коагулопатией потребления и антенатальной гибелью плода. Предъявляла жалобы на тянущие боли внизу живота и пояснице, отсутствие шевеления плода, кровянистые выделения из половых путей, общую слабость. Обследована, консультирована терапевтом, пульмонологом, проведен консилиум. Лечение: антибактериальная терапия (инванз 1,0 1 раз в сутки внутривенно капельно), профилактика стрессовых язв желудочно-кишечного тракта (ранитидин), инфузионная терапия под контролем водно-электролитного баланса и кислотно-основного состава, профилактика тромбоэмболических осложнений (фраксипарин 0,3 мл подкожно 2 раза в сутки), муколитики (амброксол 30 мг 3 раза в сутки внутрь), коррекция гемостаза (криопреципитат или свежезамороженная плазма по результатам тромбоэластографии либо при кровотечении), по достижении безопасного уровня фибриногена (2 г/л и более) решение вопроса о начале родоиндукции для ведения родов через естественные родовые пути. Также было принято решение о назначении лекарственного средства «off-label» при лечении новой коронавирусной инфекции (COVID-19): антиретровирусная терапия: учитывая данные ПЦР (положительный от 17.06.2020), данные КТ ОГК от 18.06.2020 алувия 200/50 мг по 2 таб. 2 раза в сутки внутрь с получением письменного информированного согласия пациента. После родоподготовки и родоиндукции на фоне проводимой терапии женщина была родоразрешена через естественные родовые пути, в послеродовом периоде был добавлен бромкриптин для подавления лактации.

Послеродовый период протекал без осложнений, проводился контроль компьютерной томографии органов грудной клетки, отмечена положительная динамика. Выписана в удовлетворительном состоянии с рекомендациями: продолжить лечение по месту жительства у терапевта, гинеколога, продолжить амброксол, бромкриптин и ксарелто до 14 дней суммарно, а также выполнить компьютерную томографию органов грудной клетки по месту жительства в плановом порядке через 3 месяца.

Выводы

Оказание помощи беременным, роженицам и родильницам в условиях начале пандемии COVID-19 была сопряжена с неопределенностью, обусловленной недостаточными знаниями о самом возбудителе отсутствием специфических лекарственных препаратов. В связи с этим основной упор был сделан на превентивные организационные мероприятия, маршрутизацию таких пациентов. Основным подходом к лечению COVID-19 в акушерстве является назначение лечения до развития полного симптомокомплекса жизнеугрожающих состояний (пневмонии, сепсиса и венозных тромботических осложнений). В патогенезе важная роль принадлежит избыточному ответу иммунной системы с быстро развивающимся тяжелым синдромом высвобождения цитокинов («цитокиновый шторм»), поэтому проведение интенсивной терапии с адекватным тщательным мониторингом является патогенетически обоснованным.

Таким образом, обеспечение госпитализации в специализированное или реперофилированное отделение, а также мультидисциплинарный подход в сложных клинических ситуациях позволяет вылечить тяжелые формы инфекции COVID-19 и избежать неблагоприятных исходов для матери.

УДК 618.346-008.811.1-08:[618.53:616.33/.34]

ЛЕЧЕНИЕ МНОГОВОДИЯ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЯХ РАЗВИТИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПЛОДА

Курлович И. В., Ващилина Т. П., Семенчук В. Л., Виктор С. А., Капора Т. Ч.

**Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр “Мать и дитя”»
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

Врожденные аномалии пищеварительной системы являются одной из наиболее частых патологий развития плода. Многоводие осложняет течение беременности при атрезиях различных отделов пищеварительного тракта плода в 70 % случаев и в ряде случаев является показанием для индукции родов, досрочного родоразрешения, что связано с необходимостью выхаживания недоношенного новорожденного.

Избыточное накопление околоплодных вод может приводить к ряду акушерских осложнений: поперечному, косому положению плода, тазовому предлежанию плода; отсутствие разделения вод на передние и задние ведет к более частому преждевременному излитию околоплодных вод, в результате чего наблюдается выпадение петель пуповины или мелких частей плода; повышается риск развития преждевременных родов, несостоятельности рубца на матке, а также аномалий родовой деятельности и кровотечений в раннем послеродовом периоде из-за сниженной способности перерастянутой матки к адекватным сокращениям [1, 2].

Цель

Оценить акушерские и перинатальные исходы после амниодренирования у беременных женщин с многоводием, обусловленным пороками развития пищеварительной системы плода.

Материал и методы исследования

Был проведен проспективный структурный анализ исходов беременности у 33 женщин с врожденными аномалиями пищеварительной системы плода, осложнившимися многоводием. Беременные женщины были разделены на 2 группы: