

3. Lipatov I.S., Kupaev I.A., Babkin S.M., Jakimova N.A. Sposob diagnostiki sosudistyh narushenij u beremennyh na rannem jetape razvitiya patologicheskogo techenija gestacii (patent RF №2061960, prioritet ot 01.03.1994) // Bjul. izobretenija. – №16. – S. 259.
4. Lipatov I.S. Patogenez, diagnostika i profilaktika sosudistyh narushenij na rannem jetape formirovanija patologicheskoi beremennosti: Avtoref. dis. ... dokt. med. nauk. – M., 1996. – 46 s.
5. Lipatov I.S., Tezikov Ju.V., Esartija M.A. Prognozirovaniye i korrakcija narushenij laktacionnoj funkicii s ispol'zovaniem vidimogo infrakrasnogo poljarizovannogo sveta na jetape laktogeneza // Rossijskij vestnik akushera-ginekologa. – 2008. – T.8, №2. – S. 30-36.
6. Mel'nikov V.A., Kupaev I.A., Lipatov I.S. Protivososudistye antitela u zhenshhin s fiziologicheskoi i oslozhnennoj gestozom beremennost'ju // Akusherstvo i ginekologija. – 1992. №3-7. – S. 19.
7. Strizhakov A.N., Tezikov Ju.V., Lipatov I.S. Klinicheskoe znachenie inducirovannogo trofoblastom apoptoza immunokompetentnyh kletok pri oslozhnennom techenii beremennosti // Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii. – 2011. – №6 (10). – S. 26-31.
8. Strizhakov A.N., Tezikov Ju.V., Lipatov I.S., Sharypova M.A. Patogeneticheskoe obosnovanie diagnostiki i dogestacionnoj profilaktiki jembrioplacentarnoj disfunkcii // Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii. – 2012. – № 1. – S. 5-11.
9. Strizhakov A.N., Lipatov I.S., Tezikov Ju.V. Placentarnaja nedostatochnost'. Monografija. – Samara: OOO «Ofort», 2014. – 239 s.
10. Strizhakov A.N., Tezikov Ju.V., Lipatov I.S. Standartizacija diagnostiki i klinicheskaja klassifikacija hronicheskoi placentarnoi nedostatochnosti // Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii. – 2014. – №3. – S. 5-12.
11. Tezikov Ju.V., Lipatov I.S., Zavalko A.F. Osobennosti sovremennogo klinicheskogo techenija gestoza u beremennyh // Aktual'nye voprosy akusherstva i ginekologii. – 2001. – №1. – S. 35.
12. Tezikov Ju.V., Lipatov I.S., Mel'nikov V.A., Salov V.V. Prognosticheskaja znachimost' metodov diagnostiki placentarnoi nedostatochnosti i sostojanija ploda // Ural'skij medicinskij zhurnal. Akusherstvo. Ginekologija. – 2009. №3 (57). S. 33-41.
13. Tezikov Ju.V., Lipatov I.S., Esartija M.A. Stanovlenie laktacii u zhenshhin s placentarnoi nedostatochnost'ju i novye podhody k lecheniju gipogalaktii // Ural'skij medicinskij zhurnal. Akusherstvo. Ginekologija. – 2010. – №3 (68). – S. 42-48.
14. Tezikov Ju.V., Mel'nikov V.A., Lipatov I.S. Novye podhody k vedeniju beremennyh zhenshhin s placentarnoi nedostatochnost'ju // Vestnik Volgogradskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta. – 2010. – №2. – S. 64-67.
15. Tezikov Ju.V., Lipatov I.S. Rezul'taty primenenija karbogenoterapii dlja profilaktiki placentarnoi nedostatochnosti // Rossijskij vestnik akushera-ginekologa. – 2011. – №5 (11). – S. 71.
16. Tezikov Ju.V., Lipatov I.S., Agarkova I.A. Faktory riska dekompensacii placentarnoi nedostatochnosti // Kazanskij medicinskij zhurnal. – 2011. – T. XCII, №3. – S.372-376.
17. Tezikov Ju.V., Lipatov I.S. Prediktornye indeksy tjazhelyh form hronicheskoi placentarnoi nedostatochnosti // Medicinskij al'manah. – 2011. – №6. – S. 60-63.
18. Tezikov Ju.V., Lipatov I.S. Prognozirovaniye i diagnostika placentarnoi nedostatochnosti // Akusherstvo i ginekologija. – 2012. – №1. – S. 35-43.
19. Tezikov Ju.V. Patogeneticheskoe obosnovanie prognozirovaniya, rannej diagnostiki i profilaktiki tjazhelyh form placentarnoi nedostatochnosti: Avtoref. dis. ... dokt. med. nauk. Samara, 2013. – 51 s.
20. Potapova I.A., Purygin P.P., Belousova Z.P., Selezneva E.S., Lipatov I.S., Tezikov Y.V. Syntesis and biological activity of aliphatic and aromatic sulfonilic acid azolides // Pharmaceutical Chemistry Journal. – 2001. – Vol. 35, №11. – pp. 588-590.

Кокорев В.Ю.¹, Таранникова С.В.², Гришина Е.Е.³

¹ Кандидат медицинских наук, ² младший научный сотрудник, ³ доктор медицинских наук, профессор, ГБУЗ МО МОНИКИ им.М.Ф.Владимирского

НОВЫЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО БЛЕФАРОПТОЗА.

Аннотация

Различные типы блефароптоза являются основной формой патологии детского возраста среди врожденных аномалий органа зрения. Разнообразие клинических форм блефароптоза и многообразие видов их коррекции стало отправным пунктом для создания стандартизированного подхода к разрешению данной патологии.

Цель работы: изучение эффективности применения нового малотравматичного и простого в применении оперативного метода лечения врожденных блефароптоза тяжелых степеней.

Материал и методы: для определения функционального состояния поднимателя верхнего века использован метод мигательного рефлекса.

При выраженном опущении верхнего века и значительном нарушении функции леватора предложена и апробирована операция, сочетающая резекцию хряща верхнего века и создание складки леватора верхнего века. По данной методике прооперировано 5 взрослых (27 лет – 43 лет) и 4 детей (9 лет – 13 лет).

Результаты: положение век в раннем послеоперационном периоде и в отдаленные сроки было правильным. Сохранился полноценный косметический эффект. Особенности при проведении хирургического вмешательства отмечено не было.

Заключение: исследование функции леватора верхнего века с помощью мигательного рефлекса определяет тактику лечения блефароптоза. Предложенный нами метод оперативного лечения тяжелого блефароптоза обеспечивает хороший и стойкий косметический эффект.

Ключевые слова: леватор верхнего века, блефароптоз, резекция хряща верхнего века, создание складки леватора

Kokorev V.U.¹, Tarannikova S.V.², Grishina E.E.³

¹MD, ² Junior research fellow, ³MD, Professor, M.F. Vladimirsrky Moscow Regional Clinical and Research Institute

A NEW METHOD OF SURGICAL TREATMENT OF SEVERE BLEPHAROPTOSIS.

Abstract

Various types of blepharoptosis are the main form of infant congenital eye adnexal pathology. Variety of blepharoptosis clinical forms and diversity of their surgical treatment leads to the necessity of the standardized approach.

Purpose – to study the effectiveness of the new minimally invasive method of the congenital severe blepharoptosis correction.

Materials and methods: the method of blink reflex was used for determining the functional state of upper eyelid levator. We proposed the new surgical method based on a modified cartilage resection of the upper eyelid and creation of the folds of the upper eyelid levator. 5 adults (27 - 43 years) and 4 children (9 - 13 years) were treated by this method.

Results: the position of the eyelids was corrected intra- op and it was stable during follow up period. A full cosmetic effect was achieved. Surgery was uncomplicated in all cases.

Conclusion: the study of levator function by the blink reflex determines the tactics of blepharoptosis treatment. Proposed method of surgical treatment of severe blepharoptosis provides stable, satisfactory and long-lasting cosmetic effect.

Keywords: upper eyelid levator, blepharoptosis, cartilage resection of the upper eyelid, creation of the fold eyelid levator.

Актуальность проблемы. Различные типы блефароптоза являются в настоящее время основной формой офтальмопатологии детского возраста среди врожденных аномалий органа зрения, что подтверждают ведущие специалисты педиатрической офтальмологии [1, 5, 6]. Опущение верхнего века, даже частичное, является значительным косметическим дефектом, нарушающим социо-культурную адаптацию ребенка. Особенно ухудшают внешний вид больных осложненные формы птозов, которые встречаются в 40% случаев и, как правило, сочетаются с другими патологическими изменениями глаза и глазодвигательного аппарата (блефарофимоз, эпикантус, паралитическое косоглазие, синкинезии и пр.). Устранение птоза у детей не является только косметической проблемой. Своевременное лечение заболевания позволяет предупредить ряд, связанных с птозом серьезных осложнений, – амблиопию, неправильное положение головы, расстройство бинокулярного зрения, нарушение осанки [1, 4, 9, 10, 12].

Таким образом, разнообразие клинических форм блефароптоза и многообразие видов их коррекции стало отправным пунктом для создания стандартизированного подхода к разрешению данной патологии. В офтальмологической клинике МОНИКИ был разработан алгоритм, дающий возможность выбора адекватной помощи детям с врожденным блефароптозом. Исследования последних лет, в том числе и наши собственные, убедительно свидетельствуют о том, что создание новых малотравматичных методов лечения пациентов, страдающих различными видами блефароптозов, имеет важное научно-практическое значение [5, 6, 7, 8].

Цель работы: изучение эффективности применения нового малотравматичного и простого в применении оперативного метода лечения врожденного блефароптоза тяжелой степени.

Материалы и методы. Нами предложена и апробирована новая малотравматичная операция на веке и леваторе верхнего века. По данной методике прооперировано 5 взрослых и 4 детей.

На первом этапе, помимо рутинного обследования глаза, в т.ч. определения состояния придаточного аппарата глаза, проводилось измерение ширины глазной щели с обеих сторон в трех позициях взора, тест с выворотом верхнего века. Далее определялось функциональное состояние поднимателя верхнего века с обеих сторон, что необходимо для решения вопроса о дозированном хирургическом воздействии на леватор верхнего века. Метод наиболее полезен при наличии блефароптоза II степени, так как хирургическое воздействие на леватор верхнего века при частичном блефароптозе недопустимо априори, а при полном необходимо.

Нами предложена и апробирована операция, сочетающая относительную простоту исполнения и возможность дополнительного хирургического вмешательства в дальнейшем. Методика операции основана на модификации совместной резекции хряща и леватора верхнего века. Мы стараемся максимально устранить травматизацию мышцы поднимающей верхнее веко. На векодержателе выворачивается верхнее веко, накладывается уздечный шов на верхнюю прямую мышцу, глаз отводится книзу. Конъюнктива века отслаивается инъекцией анестетика. Отрезается по краю хряща. По лекалу резецируется необходимый объем хряща. Конъюнктива свода отсепааровывается до области рогов леватора. Дистальная часть леватора аккуратно выделяется без пересечения, но с возможностью создать складку. Леватор в крайнем отделе выделенного сектора прошивается 3-мя швами (викрил 5/0 режущий на 2-х иглах), с наложением одного узлового шва, затем двумя концами с иглами через конъюнктиву, через хрящ попарно выводятся на зону роста ресниц. Важно проследить, чтобы не случился заворот верхнего века. Снимается шов-держалка с верхней прямой мышцы. Затем швы сильно подтягиваются, чтобы была возможность формирования складки (хирург оценивает положение ресничного края верхнего века). Швы завязываются на тонких резиновых полосках (во избежание утопления швов в тканях века) и завязываются 4-мя противоположными узлами. При необходимости можно наложить на нижнее веко страхующий шов по Фросту.

Для данного лечения были отобраны дети с двусторонним поражением век, наличием изменений лицевого скелета и III степенью блефароптоза (двое детей страдали пальпебральным синдромом). Все взрослые имели II b степень блефароптоза (значительное угнетение функции леватора).

Результаты. Особенностей во время хирургического вмешательства у взрослых пациентов замечено не было, положение век в раннем послеоперационном периоде соответствовало срокам, в позднем, после рассасывании швов, оставалось заданным на операции. Послеоперационное течение проходило без особенностей, благодаря подвижности глазных яблок трофического поражения переднего отрезка не было. На протяжении 6 месяцев наблюдения достигнутый косметический эффект сохраняется.

У детей с тяжелой врожденной сочетанной патологией данная методика показала самые позитивные результаты. Послеоперационная ретракция была минимальная, отек век был незначительным, косметический результат соответствовал операционным расчетам.

До операции ребенок мог смотреть только в позе «звездочета», но уже в раннем послеоперационном периоде (на 3-и сутки) он предпочитал смотреть оперированным глазом, голову держать ровно, не запрокидывать.

Обсуждение. В нашей клинике на протяжении последнего десятилетия проводится комплексный подход к диагностике и лечению детей и подростков с врожденным и приобретенным блефароптозом различных степеней. Всего пролечено 315 человек.

Приоритетным диагностическим способом для определения функционального состояния поднимателя верхнего века стал метод **мигательного рефлекса**. С помощью данного метода выявляется взаимосвязь в системах чувствительных и двигательных волокон V и VII черепных нервов, и степень их заинтересованности в формировании патологии нервно-мышечного аппарата лицевой области. Существующая анатомическая связь между V и VII черепными нервами открывает определенные возможности воздействия опосредованно на двигательное ядро лицевого нерва, активацию функциональных связей между ядрами черепных нервов в зоне варолиева моста, а также усиления корково-подкорковых взаимоотношений в системе двигательного анализатора. Возможность оказания такого рода воздействия появилась в связи с расширением знаний о структуре взаимосвязей тройничного и лицевого нервов.

Мигательный рефлекс в зависимости от области стимуляции и реагирующих мышц представляет собой наиболее адекватную экспериментальную модель для изучения механизмов рефлекторного сокращения мышц лица. Мигательный рефлекс представляет собой суммарный потенциал сокращения круговой мышцы глаза, возникающий в результате электрической или механической стимуляции кожи лица в зонах, иннервируемых 1-й, реже 3-й ветвью тройничного нерва. Вызывается нанесением дозированного раздражения электрическим током в точке выхода надглазничного нерва. Регистрируется по сокращению круговой мышцы глаза на стороне раздражения (ранний ответ) и на противоположной стороне (поздний ответ). В результате многочисленных электрофизиологических исследований установлено, что ранний ответ осуществляется по моносинаптической нервной дуге, соответствующей сигнальным рефлекторным дугам, и нервный импульс проводится по толстым миелинизированным волокнам, вторичный (поздний) ответ осуществляется по полисинаптическому пути, включающему в себя подкорковые ядра: чувствительное ядро тройничного и лицевого нервов, сигнальный восходящий путь, вентральное ядро таламуса, красное ядро.

На основании полученных данных силы тока, необходимых для появления раннего и позднего мигательного рефлекса в сравнении с выясненной ранее нормой, мы определяли функциональное состояние поднимателей верхнего века и степень поражения леватора верхнего века. В зависимости от полученных данных принимали решение о применении той или иной методики операции с целью ограничения травматического воздействия на леватор верхнего века.

Исходя из вышеизложенного при удовлетворительном функциональном (на основании результата проведения исследования по методу мигательного рефлекса) мы применяли метод резекции хряща верхнего века и, напротив, при неудовлетворительных функциональных данных проводили резекцию леватора верхнего века.

Наиболее часто применяемым в клинике хирургическим способом коррекции блефароптоза является метод максимально возможной резекции леватора верхнего века [2, 3, 11, 13, 14]. Суть метода заключается в трансконъюнктивальном доступе к леватору, максимальном выделении его от окружающих тканей, пересечения боковых рогов и резекции его по возможности на 18 - 22 мм. Мышца прошивалась совместно с конъюнктивой тремя П-образными викриловыми швами 5/0. Швы через хрящ верхнего века попарно выводились на кожу соответственно по ресничному краю и по формируемой складке и затягивались на подложенных резиновых полосках. Для профилактики выворота хряща верхнего века на него накладывался временный направляющий шов. На кожу нижнего века для профилактики высыхания роговицы на несколько дней накладывался шов по Фросту с фиксацией пластырем к надбровью. Этот метод применялся, как правило, при неудовлетворительных функциональных тестах по методу мигательного рефлекса, когда сила тока, необходимая для возникновения сокращения век значительно превышала норму.

Метод селективной резекции хряща верхнего века, как самостоятельный метод операции, в доступной литературе нам не встречался. Поэтому особенно интересным было выяснить возможности изолированной резекции. Эта методика отличается необычайной простотой, так как после отсечения конъюнктивы от дистального отдела хряща верхнего века приходится только удалить необходимую часть хряща по заготовленному заранее лекалу. Далее швы через конъюнктиву и хрящ выводятся на реберный край века. Метод прекрасно «работает» при удовлетворительном состоянии леватора верхнего века (на основании функциональных исследований).

Блефароптоз III степени, как правило, оперируют с применением сочетанной методики резекция хряща верхнего века в сочетании с резекцией леватора верхнего века.

При работе с детьми, страдающими опущением верхнего века, мы пришли к выводу, что малотравматичный хирургический метод резекции хряща при серьезном опущении верхнего века (несмотря на положительные оценочные тесты) далеко не всегда приводит к удовлетворительному косметическому результату. Сочетание резекции хряща и леватора верхнего века приводит к неизбежной травматизации тканей и длительному послеоперационному заживлению. При отсутствии полноценного косметического эффекта сочетанная резекция хряща и леватора не оставляет выбора хирургу. Калечащая операция, лобное подвешивание леватора, остается единственным способом хирургического лечения. Известно, что применение метода подвешивания верхнего века отличается малой косметической эстетикой, пациенту приходится всю жизнь постоянно контролировать положение своего века. На наш взгляд, эта операция является операцией отчаяния.

При выраженном опущении верхних век, чтобы избежать фатальных исходов и невозможности дальнейших пластических операций нами предложена и апробирована операция сочетающая относительную простоту исполнения и возможность дополнительного хирургического вмешательства в дальнейшем.

Заключение. Проведенный сравнительный анализ эффективности ранее использованных способов хирургического лечения блефароптоза и усовершенствованной методики подтвердил ее эффективность и безопасность. Обоснована система лечения блефароптозов у детей и определены показания к новому методу оперативного вмешательства при тяжелых степенях опущения верхнего века. Предложенный нами метод оперативного лечения тяжелого блефароптоза обеспечивает хороший и стойкий косметический эффект.

Литература

1. Аветисов Э.С. Содружественное косоглазие / Э.С. Аветисов.-М.: Медицина, 1977.-312 с.
2. Басова Г.Г. Результаты хирургического лечения птозов / Г.Г. Басова, С.В. Денискина, И.А. Башкатова // Пластическая хирургия придаточного аппарата глаза и орбиты: материалы науч.-практ. конф.-М.Д 1996.-С.35-36.
3. Бастриков Н.И. Сравнительная характеристика различных вариантов хирургического лечения блефароптоза // Вестн. офтальмологии.-1986.-№ 3.-С.47-48.
4. Герасименко М.Ю. Физические факторы в комплексной реабилитации детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба: автореф. дис. . д-ра мед. наук.- М., 1996.-42 с.
5. Катаев М.Г., Филатова И.А. Резекция леватора с перемещением через связку Уитнала // Вестн. офтальмологии.-1996.-№ 2.1. С. 18-22.
6. Ковалевский Е.И. Глазные болезни / Е.И. Ковалевский.-М.: Медицина, 1986.-432 с.
7. Кошель А.И. О парадоксальном движении верхних век // Вестн. офтальмологии.-1967.-№ 4.-С.79-80.
8. Bajaj M., Pushker N., Mahindrakar A., Balasubramanya R. Advancement of Whitnall's ligament via the conjunctival approach for correction of congenital ptosis // Orbit. -2004 .-Vol.23.-№3.-P.153-159.
9. Beard C. Ptosis / C. Beard.- St.Louis: CV Mosby Co, 1981.-204 p.
10. Epstein G.A., Putterman A.M. Super-maximum levator resection for severe unilateral congenital blepharoptosis // Ophthalm. Surg.-1984.-Vol.15.-№ 12.-P.971-979.
11. Frueh B.R., Musch DC, McDonald HM. Efficacy and efficiency of a small-incision, minimal dissection procedure versus a traditional approach for correcting aponeurotic ptosis // Ophthalmology. 2004 Dec; 111(12): 2158-63.
12. Finsterer J. Ptosis: causes, presentation, and management. // Aesthetic Plast Surg. 2003 May-Jun; 27(3):193-204.
13. Patel SM, Linberg JV, Sivak-Callcott JA, Gunel E. Modified tarsal resection operation for congenital ptosis with fair levator function. // Ophthal Plast Reconstr Surg. 2008 Jan-Feb; 24(1):1-6.
14. Göncü T., Çakmak S., Akal A., Karaismailoğlu E. Improvement in Levator Function After Anterior Levator Resection for the Treatment of Congenital Ptosis. // Ophthal Plast Reconstr Surg. 2014 Aug 7.

References

1. Avetisov Je.S. Sodruzhestvennoe kosoglazie / Je.S. Avetisov.-M.: Medicina, 1977.-312 s.
2. Basova G.G. Rezultaty hirurgicheskogo lechenija ptozov / G.G. Basova, C.B. Deniskina, I.A. Bashkatova // Plasticheskaja hirurgija pridatocnogo apparata glaza i orbity: materialy nauch.-prakt. konf.-M.D 1996.-S.35-36.
3. Bastrikov N.I. Sravnitel'naja harakteristika razlichnyh variantov hirurgicheskogo lechenija blefaroptoza // Vestn. oftal'mologii.-1986.-№ 3.-S.47-48.
4. Gerasimenko M.Ju. Fizicheskie faktory v kompleksnoj rehabilitacii detej s vrozhdennymi rasshhelinami verhnjej guby i neba: avtoref. dis. . d-ra med. nauk.- M., 1996.-42 s.
5. Kataev M.G., Filatova I.A. Rezekcija levatora s peremeshheniem cherez svjazku Uitnala // Vestn. oftal'mologii.-1996.-№ 2.1. С. 18-22.
6. Kovalevskij E.I. Glaznye bolezni / E.I. Kovalevskij.-M.: Medicina, 1986.-432 s.
7. Koshel' A.I. O paradoksal'nom dvizhenii verhnih vek // Vestn. oftal'mologii.-1967.-№ 4.-S.79-80.
8. Bajaj M., Pushker N., Mahindrakar A., Balasubramanya R. Advancement of Whitnall's ligament via the conjunctival approach for correction of congenital ptosis // Orbit. -2004 .-Vol.23.-№3.-P.153-159.
9. Beard C. Ptosis / C. Beard.- St.Louis: CV Mosby Co, 1981.-204 p.

10. Epstein G.A., Putterman A.M. Super-maximum levator resection for severe unilateral congenital blepharoptosis // Ophthalm. Surg.-1984.-Vol.15.-№ 12.-P.971-979.

11. Frueh B.R., Musch DC, McDonald HM. Efficacy and efficiency of a small-incision, minimal dissection procedure versus a traditional approach for correcting aponeurotic ptosis // Ophthalmology. 2004 Dec; 111(12): 2158-63.

12. Finsterer J. Ptosis: causes, presentation, and management. // Aesthetic Plast Surg. 2003 May-Jun; 27(3):193-204.

13. Patel SM, Linberg JV, Sivak-Callcott JA, Gunel E. Modified tarsal resection operation for congenital ptosis with fair levator function. // Ophthal Plast Reconstr Surg. 2008 Jan-Feb; 24(1):1-6.

14. Göncü T., Cakmak S., Akal A., Karaismailoğlu E. Improvement in Levator Function After Anterior Levator Resection for the Treatment of Congenital Ptosis. // Ophthal Plast Reconstr Surg. 2014 Aug 7.

Тюрина Н.А.¹

¹Доцент, кандидат медицинских наук кафедры акушерства и гинекологии, медицинский институт, ФБГОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева»

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЫЖИДАТЕЛЬНОЙ ТАКТИКИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Аннотация

Целью данной работы являлась оценка эффективности мониторинга беременных с преждевременным излитием околоплодных вод, включающий в себя определение уровня лейкоцитов, СОЭ в крови, оценка состояния влагалищной флоры и наличия элементов околоплодных вод в выделениях из влагалища (каждые 12 часов), термометрия (каждые 3 часа). Также проводилась оценка за состоянием внутриутробного плода: кардиотокография и доплерометрия маточно-плацентарного и плодового кровотока.

Ключевые слова: преждевременные роды, преждевременный разрыв плодных оболочек, беременность, выжидательная тактика.

Tuyrina N.A.¹

¹Associate professor, MD, Medical Institute, Ogarev Mordovian State University

Abstract

The aim of this study was to evaluate the effectiveness of the monitoring of pregnant women with premature rupture of membranes, including the determination of the level of white blood cells in the blood sedimentation rate, assessment of vaginal flora and the presence of elements of amniotic fluid in vaginal discharge (every 12 hours), thermometers (every 3 hours). Also assessed the state of the fetus: cardiotocography and Doppler utero-placental and fetal blood flow.

Keywords: preterm labor, premature rupture of membranes, pregnancy, expectant management.

Преждевременное излитие околоплодных вод (ПИОВ) - осложнение беременности, достаточно часто влекущее за собой ряд перинатальных и акушерских проблем, особенно при недоношенных сроках беременности. Часто воды отходят одномоментно в большом количестве, и диагностика ПИОВ не представляет особого труда, но в 47% случаев, когда возникают микротрещины или коковые разрывы плодного пузыря без массивного излития, врачи сомневаются в правильной постановке диагноза, что грозит гипердиагностикой и необоснованной госпитализацией или наоборот инфекционными осложнениями при позднем обнаружении. Если сократительная деятельность матки при ПИОВ соответствует норме, выбирают выжидательную тактику [1].

Целью нашего исследования являлась оценка эффективности выжидательной тактики у беременных с ПИОВ в зависимости от срока гестации.

Нами было обследовано 48 беременных на сроках гестации от 30 до 40 недель беременности с ПИОВ, в возрасте от 20 до 35 лет. Первородящими среди них были 22, повторнородящими – 26 женщин. При анализе структуры экстрагенитальных заболеваний установлено, что инфекции мочевыделительной системы встречались у 15 (31%), анемии различной степени тяжести – у 38 (79%), синдромом вегетативной дисфункции – у 34 (71%) беременных. Хронические воспалительные заболевания малого таза, в анамнезе, имели место у 18 (37,5%), кандидозный вульвовагинит диагностировался у 34 (71%), бактериальный вагиноз – выявлен у 8 (17%) обследованных.

Течение настоящей беременности осложнилось угрозой ее прерывания на ранних сроках – у 20 (42%), на поздних сроках – у 16 (33%) женщин. Все обследованные беременные были разделены на две группы в зависимости от срока гестации: I – на сроке 30-36 недель, II – 37-40 недель. У всех беременных с ПИОВ применялась выжидательная тактика ведения родов, которая заключалась в отказе от индукции родов при отсутствии на то показаний. Всем беременным осуществлялся мониторинговый контроль: определение уровня лейкоцитов, СОЭ в крови, оценка состояния влагалищной флоры и наличия элементов околоплодных вод в выделениях из влагалища (каждые 12 часов), термометрия (каждые 3 часа). Также проводилась оценка за состоянием внутриутробного плода: кардиотокография и доплерометрия маточно-плацентарного и плодового кровотока. Выжидательная тактика применялась с целью обеспечения возможности развития спонтанной родовой деятельности, а также, с целью завершения профилактики дистресс-синдрома плода. Профилактика дистресс-синдрома плода проводилась в 1-й группе женщин по общепринятой схеме: внутримышечно вводили с интервалом в 8 часов трехкратно дексаметазон по 8 мг. Мониторинговое наблюдение за беременными с ПИОВ показало, что спонтанная родовая деятельность через 6 часов после излития околоплодных вод развилась в 1-й группе у 12,5% (3), во 2-й группе – у 41,6% (10); через 12 часов – у 33,3% (8) и у 41,6% (10); через 24 часа – у 37,5% (9) и у 12,5% (3); через 48 часов – у 16,6% (4) и у 4,1% (1) женщин соответственно. Родовозбуждение окситоцином проводилось у 8 (33,3%) женщин в 1-й группе при безводном периоде от 24 до 48 часов. Данная тактика была обусловлена результатами мониторинга: рост лейкоцитоза и острофазовых показателей, появление гипертермии, появление нарушений состояния внутриутробного плода по данным кардиотокографии и доплерографии. Во 2-й группе женщин безводный промежуток времени от 24 до 48 часов был у 20,8%(5) женщин. Из них у 3-х беременных отмечалось нарастание лейкоцитов и гипертермия, у 2-х женщин – нарушение маточно-плацентарного кровообращения II ст., что и явилось обоснованием к индукции родов и срочному родоразрешению. У 5 беременных, имевших признаки развития хореоамнионита, была начата антибактериальная терапия [2].

При оценке состояния новорожденных в обеих обследованных группах было выявлено, что в состоянии асфиксии родилось 33,3% (8) новорожденных в 1-й группе и 8,3% (2) новорожденных – во 2-й группе. Течение послеродового периода осложнилось эндометритом у 1-й роженицы с безводным периодом 48 часов и сроком гестации 32-33 недели. Таким образом, у 8% беременных с ПИОВ возникла необходимость к назначению индукции родовой деятельности окситоцином и к родоразрешению путем операции кесарево сечение в экстренном порядке. Выжидательная тактика ведения родов при ПИОВ снижает частоту агрессивных воздействий на плод и не приводит к увеличению акушерских осложнений.

Литература

1. Сидельникова В.М. Преждевременные роды / В.М. Сидельникова // Материалы V Российского форума «Мать и дитя».- М.,2003.-С.320.