

тимизировать бережное ведение родов и снизить процент натальных повреждений детей, особенно недоношенных.

В каждых родах проводится кардиомониторное наблюдение за плодом.

С целью интраоперационной профилактики гнойно-септических заболеваний вводится максимальная разовая доза цефалоспоринов II—III поколения внутривенно (после пережатия пуповины и через 6—8 часов после операции), а также используются только современные шовные синтетические материалы со сроком рассасывания 90—120 дней (напр., викрил).

При ведении второго периода родов по показаниям используют современный вакуумный экстрактор разового применения, что значительно уменьшает травматизм ребенка, снижает процент операций кесарева сечения.

Раннее прикладывание ребенка к груди позволяет уменьшить гнойно-септическую заболеваемость новорожденного, улучшает процессы адаптации ребенка к внеутробному существованию, позволяет с первых минут жизни ребенка применять развивающий уход за новорожденным.

Совместное пребывание матери и ребенка (более 50% родильниц) обеспечивает позицию доброжелательного отношения к ребенку, улучшает процессы адаптации детей, снижает заболеваемость как матери, так и новорожденного, ускоряет сроки лечения больного ребенка.

Звучит парадоксально, но в современном учреждении должна обеспечиваться защита больного, недоношенного ребенка от высоких технологий: перемещение кислородных компрессоров из реанимационных палат — исключение шума; зачехление кювезов — защита от света; создание «гнезда» из пеленок для поддержания позы «эмбриона»; обязательный контакт матери с ребенком в палате интенсивной терапии по 10—15 мин 3—4 раза в сутки, по возможности рекомендуется брать ребенка на руки.

При лечении детей, требующих интенсивной терапии используется открытый кювез Babytherm

8004\8010 (реанимационное место для интенсивного терапевтического ухода), который обеспечивает: термостабилизацию через матрас с подогревом, щадящую термотерапию при комбинированном воздействии теплоизлучателя и гелевого матраса, охлаждение пациентов с повышенной температурой (температура матраса ниже температуры тела). Для диагностики внутриутробных инфекций проводится экспресс-тест с прокальцитанином. Применение сурфактанта (киросуроз) на фоне ИВЛ, переход на неинвазивную вентиляцию (СИПАП) с переменным потоком сокращают сроки ИВЛ в 2—3 раза. Своевременный перевод ребенка в детское реанимационное отделение исключает волюмотравму, резко снижает смертность детей в раннем неонатальном периоде, позволяет отказаться от полипрогмазии.

Среди новых методик кровосбережения широко применяются инфузии аутоплазмы, гемодилюция крахмалом, что позволяет профилактировать массивные акушерские кровотечения, гепатиты, ВИЧ-инфицирование.

Для борьбы с акушерскими кровотечениями используются новые препараты: новосевен — улучшает свертывающие свойства крови, венофер — очень быстро и эффективно повышает уровень гемоглобина, первторан — в 2 раза увеличивает кислородную емкость эритроцитов.

Современный родильный дом использует экстракорпоральные методы лечения. Наиболее часто применяется плазмаферез, который показан при внутриутробных инфекциях, гестозах, синдроме задержки развития плода, при резус-конфликтной беременности, антифосфолипидном синдроме, привычном невынашивании, для реабилитации после массивной кровопотери и т. д.

Использование новых технологий в МУЗ «Родильный дом №4 г. Иваново» позволило добиться стабилизации процента оперативных родов на уровне 19,5% в течение пяти лет, снизить перинатальную смертность с 9,75‰ в 2002 г. до 5,23‰ в 2006 г., раннюю неонатальную смертность с 4,55‰ в 2002 г. до 1,17‰ в 2006 г.

ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ГЕТЕРОТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ВТОРИЧНЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Киселева О.Ю., Берашевич Г.Н., Семенова О.К.

МУЗ «Городская клиническая больница № 8», г. Иваново

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Эктопическая беременность представляет серьезную опасность для здоровья и жизни женщины в связи с возможностью внутрибрюшинного кровотечения и может стать одной из причин материнской смертности. Частота внематочной беременности составляла в 2002 г. 1,47% от всех зарегистрированных беременностей. Сочетание маточной и внематочной беременности относится к казуистическим наблюдениям. За истекшие 9 месяцев 2007 г. в нашем стационаре было 2 случая сочетания маточной и внематочной беременности.

Под нашим наблюдением находилась больная Е., 30 лет, которая страдала вторичным бесплодием на протяжении 5 лет.

Из анамнеза: росла и развивалась в соответствии с возрастом. Менструации с 12 лет, установились сразу, регулярные, умеренные, через 28 дней, безболезненные, по 5 дней. Половая жизнь с 19 лет, в браке. С целью контрацепции применяла презервативы. В 2002 г. наступила беременность, желательная, однако при сроке 6 недель произо-

шел самопроизвольный выкидыш, по поводу чего производилось выскабливание полости матки. Сразу после выкидыша не обследовалась. В течение 5 лет беременность не наступала, по поводу чего в феврале 2006 г. произведена диагностическая лапароскопия. Обнаружена и удалена параовариальная киста справа, на брюшине крестцово-маточных связок и задних листках широких маточных связок — глубокие очаги эндометриоза более 3 см². Выполнена деструкция этих очагов. В послеоперационном периоде назначен прием парлодела по 0,5 таблетки ежедневно. Предложено обследование супруга, однако эта рекомендация не выполнена. Парлодел принимала в течение 3 месяцев, затем самостоятельно прекратила прием.

В декабре 2006 г. спонтанно наступила беременность, с 6 недель состоит на учете в женской консультации. В январе 2007 г. с амбулаторного приема направлена в стационар с жалобами на боли в нижних отделах живота, тошноту, рвоту до 2 раз в сутки. При поступлении подтвержден диагноз маточной беременности 6—7 недель, образований в области придатков выявлено не было. Назначена сохраняющая терапия, которая привела к улучшению самочувствия. При осмотре терапевтом выявлена артериальная гипертензия (АД — 140/80—150/80 мм рт. ст.) и сделано предположение о гипоталамическом синдроме в связи с ожирением, нарастающим в последние 2—3 года, и наличием бледных стрий в области молочных желез и бедер, а также явлений гирсутизма (гирсутное число 18 баллов). В течение 10 дней состояние и самочувствие оставались удовлетворительным, затем внезапно появились жалобы на сильные боли внизу живота; кровянистые выделения отсутствовали. Выполнено эхографическое исследование, при котором в полости матки определено наличие плодного яйца, соответствовавшего 8 неделям беременности, а в трубе справа образование диаметром 20 мм с живым плодом внутри. Позадиматочное пространство свободно. Таким образом, обнаружено сочетание маточной и трубной беременности.

В urgentном порядке больной произведено оперативное вмешательство лапароскопическим доступом, осуществленным при помощи четырех троакарков: двух 11 мм (пупочный и правый боковой) и двух 5 мм (левый боковой и надлобковый). При осмотре органов малого таза выявлено: тело матки увеличено до 8 недель беременности, правая маточная труба расширена на всем протяжении до 8—6 см, представляет из себя плодместилище в истмическом отделе, синюшно-багрового цвета. Правый яичник не увеличен, без патологии, левый яичник несколько больше нормы, в нем желтое тело беременности. Спаечный процесс не выражен. Выполнена правосторонняя сальпингоэктомия.

В послеоперационном периоде усилена сохраняющая терапия, проведен курс антибиотиков. В течение трех дней беспокоили небольшие тянущие боли внизу живота и наблюдались сукровичные выделения из половых путей. На 5 день послеоперационного периода выполнено ультразвуковое исследование. Подтверждено прогрессирование маточной беременности 8—9 недель, плодное яйцо без признаков отслойки, внутренний зев закрыт. Обследование гормональной функции (Т₃, Т₄, ТТГ, 17 КС) отклонений не выявило. Выписана в удовлетворительном состоянии с прогрессирующей беременностью 13 недель для проведения санаторно-курортного лечения с рекомендациями по терапии и обследованию. Составлен план дальнейшего ведения и наблюдения. Беременность протекала под нашим наблюдением. Дополнительной госпитализации в поздние сроки беременности не потребовалось. На 38—39-й неделе беременности появились признаки гестоза в виде отеков II степени, АД не повышалось, анализ мочи без патологии. На 39-й неделе с учетом анамнеза родоразрешена путем операции кесарева сечения. В брюшной полости признаков спаечного процесса не было. Родился мальчик с оценкой по Апгар 8—9 баллов, массой 4 кг 150 г. Послеоперационный период без осложнений. Выписана на 8-е сутки в удовлетворительном состоянии.

ХРОНИЧЕСКАЯ ПИГМЕНТНАЯ ПУРПУРА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Козлова О.Б., Заводин М.В., Колеров Э.Ю., Частухина Т.В., Фокин В.Н., Ратманова Г.А.

ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Воспалительные поражения сосудов кожи и подкожной клетчатки (ангииты или васкулиты кожи), относящиеся к большой группе дерматозов, достаточно часто встречаются у детей. Однако из-за отсутствия единого подхода к данной группе заболеваний больные остаются без должного внимания.

Под нашим наблюдением находилось 11 детей в возрасте 10—14 лет, у которых в клинической картине заболевания преобладали изолированное поражение кожи с преимущественной локализацией на нижних конечностях. Кожные проявления практически у всех детей были представлены

множественными мелкими (точечными) геморрагическими пятнами без отека (петехиями) с буровато-желтыми пятнами гемосидероза различной величины и очертаний. У двух детей на фоне гемосидероза отмечались телеангиоэктозии. Субъективных ощущений, нарушений общего состояния больных не отмечалось. Всем пациентам был поставлен диагноз хронической пигментной пурпур, которая представляет собой хронический дермальный капиллярит, поражающий сосочковые капилляры.

В комплекс диагностических мероприятий включалась реовазография, где были выявлены наруше-