

Scientific directors – PhD **G.K.Aitkhozhin**, PhD **V.K.Israilova** KazNMU named after S.D Asfendiyarov Almaty, Republic of Kazakhstan

MODERN TECHNOLOGIES IN THE TREATMENT OF SEPSYS

The treatment of sepsis is a very important problem in modern medicine as death rate from Gram (-) sepsis and septic shock remains extremely high (from 35 % to 75 %), even in highly developed countries and is not reduced in recent decades

Keywords: innovation technologies, the treatment of the sepsis

УДК 618.5-089.888

Анчева И. А.

Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина, ORCID 0000-0001-8213-1570

МЕСТО АБДОМИНАЛЬНОГО ОПЕРАТИВНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ

Аннотация

В работе проведен анализ современного состояния проблемы абдоминального оперативного родоразрешения в различных странах мира. Целью исследования является проведение детального анализа частоты и эффективности абдоминального оперативного родоразрешения женщин за последние 5 лет по родильному дому № 2 г. Одессы (Украина). Проведен ретроспективный анализ историй родов за период 2010 – 2014 гг. Анализ операций кесарева сечения был проведен в соответствии с классификацией М. S. Robson. Показано, что среди причин кесаревых сечений, проведенных в ургентном порядке, ведущее место занимает дистресс плода, подтвержденный объективными методами обследования при отсутствии условий для родоразрешения через естественные родовые пути. Определены наиболее частые показания к выполнению операции кесарева сечения. Установлено, что на протяжении 2010-2014 гг. отмечалась общая тенденция к увеличению частоты абдоминального оперативного родоразрешения, при этом наиболее многочисленными группами оказались первородящие, с гестационным сроком беременности более 37 нед., при одноплодной беременности, в головном предлежании плода, с самостоятельным началом родовой деятельности (1-я группа по М. S. Robson) - 31,5 %; первородящие, с гестационным сроком более 37 нед., при одноплодной беременности, в головном предлежании плода, при индуцированных родах или плановое КС (2-я группа по М. S. Robson) - 18,6 %; а также повторнородящие женщины, без рубца на матке, с гестационным сроком более 37 нед., при одноплодной беременности, головном предлежании плода, спонтанных родах (3-я группа) - 23,7 %, соответственно.

Проанализированы подходы, позволяющие снизить частоту операций, выполненных в ургентном порядке. Обсуждается роль своевременной коррекции внутриутробного состояния плода, с целью снижения показателей дистресса плода, как одной из причин оперативного родоразрешения. Подчеркивается необходимость выявления женщин с латентным железодефицитом или железодефицитной анемией, другими факторами риска (ожирение или дефицит массы тела, вредные привычки, наличие экстрагенитальной патологии), значение обязательного консультирование женщин после КС по вопросам применения контрацепции в течение 2 лет.

Ключевые слова: беременность, кесарево сечение, роды, оценка риска.

В настоящее время кесарево сечение (КС) является наиболее распространенной родоразрешающей операцией, выполняющейся как в плановом, так и в ургентном порядке. При медицинской необходимости, кесарево сечение снижает частоту акушерских и перинатальных осложнений у беременных, а также эффективно предотвращает материнскую и младенческую смертность. Так, эксперты Всемирной организации здравоохранения в 1985 году определили, что оптимальный коэффициент кесарева сечения должен быть между 10-15 %. По данным клинических наблюдений, при частоте КС не более 10 % от численности населения отмечается существенное снижение показателей материнской и перинатальной смертности [1].

Проблеме КС уделяется особое внимание, с учетом неуклонного роста частоты выполнения данной операции за последние десятилетия во многих странах мира, а также с риском возникновения многочисленных осложнений сопутствующих любой операции и возможными последствиями при последующих беременностях и родах. При этом частота КС в 2014 году в США составила 32,2 %, а в 2013 году – 32,7 %. В Германии и Италии этот показатель был так же высок – 32 % и 38 % соответственно. При этом странах с низким уровнем дохода, таких как Афганистан и Кения, уровень КС не превышает 10 %. [2].

Так, по данным ВОЗ, наиболее часто КС выполняют в странах Латинской Америки: в Бразилии этот показатель составлял 56 % за 2012 г. в государственных медицинских учреждениях и около 80 % в частных клиниках; в Доминиканской Республике – 56 % (2013 г.); Мексике – 46 % (2012 г.); Колумбии – 43 % (2012 г.); Уругвае – 40 % (2012 г.). Высокой частотой КС отличается Египет – 52 % (2014 г.) [1, 3, 4]. При этом, в такой развивающейся стране Азии, как Китай, показатель КС в 2014 г. составлял 54,9 % [5, 6].

В странах СНГ прирост частоты оперативного вмешательства, например в республике Беларусь возросла с 15,1 % в 1998 г. до 22,3 % в 2009 году [7].

Согласно выводам НИИ акушерства и гинекологии министерства здравоохранения Азербайджана, показатель КС в последние годы постепенно возрастает и в 2012 г. составил 20,5 %, в то время как в 2011 году этот показатель был на уровне 17,8 % [8].

В Российской Федерации, по данным некоторых областей с 2000 по 2010 гг. частота КС возросла с 17,1 до 27,7 %, по мнению Радзинского В.Е. и соавторов, в 2007 г. частота абдоминального родоразрешения в Российской Федерации составляла 33,6 % [9].

Представляет интерес частота выполнения операции КС по Украине. Так на 1999 г. частота КС составляла 9,6%, а 2009 г. – 16,1 % [10]. По данным отечественных авторов частота КС в разных регионах Украины на 2014 г. составляла 22 – 27 % от всех родов [11, 13].

В Украине, с целью повышения качества оказания медицинской помощи женщинам, унифицированы показания к проведению операции КС, регламентированы категории ургентности выполнения операции, принципы до-, интра- и послеоперационного ведения пациенток [10, 14, 15].

Однако, на сегодняшний день отсутствует стандартизированная международная система классификации для мониторинга, сравнения и анализа частоты выполнения кесаревых сечений внутри и между различными объектами, в разных регионах и странах. Эксперты ВОЗ предлагают принять классификацию Робсона в качестве международно признанной системы классификации кесарева сечения, позволяющей проводить сопоставление частоты оперативного родоразрешения в различных странах мира [1, 12]. К сожалению, существующие алгоритмы оказания медицинской помощи на Украине существенно не влияют на снижение показателей кесарева сечения до оптимального коэффициента, рекомендуемого ВОЗ. Кроме того, существует необходимость в стандартизации мониторинга, оценивания и сравнения частоты КС и структуры контингента оперативно родоразрешенных женщин в медицинских учреждениях различных стран мира [16-19].

Цель исследования в проведении детального анализа частоты и эффективности абдоминального оперативного родоразрешения женщин за последние 5 лет по родильному дому № 2 г. Одессы.

Методы. Проведен ретроспективный анализ историй родов, изучены частота и динамика проведения операций КС на базе городского родильного дома № 2 (г. Одесса) за период 2010 – 2014 гг. Ведение беременных женщин осуществлялось согласно приказам Министерства здравоохранения Украины об утверждении Клинических протоколов по акушерской помощи: от

27.12.2011 № 977 «Кесарево сечение», от 27.12. 2011 № 976 «Вагинальные роды после кесарева сечения» и от 27.12.2006 № 900 «Дистресс плода при беременности и во время родов» [10, 14, 15].

Анализ операций кесарева сечения был проведен в соответствии с классификацией М. S. Robson, выделялись следующие группы женщин [1].

Таблица - **группы женщин, которым проведены операции кесарева сечения в соответствии с классификацией М. S. Robson**

1	Первородящие, с гестационным сроком беременности ≥ 37 нед., одноплодная беременность, головное предлежание плода, спонтанные роды.
2	Первородящие, с гестационным сроком ≥ 37 нед., одноплодная беременность, головное предлежание плода, индуцированные роды или плановое КС.
3	Повторнородящие, без рубца на матке, с гестационным сроком ≥ 37 нед., одноплодная беременность, головное предлежание плода, спонтанные роды.
4	Повторнородящие, без рубца на матке, с гестационным сроком ≥ 37 нед., одноплодная беременность, головное предлежание плода, индуцированные роды или плановое КС.
5	Повторнородящие с рубцом на матке, с гестационным сроком ≥ 37 нед., одноплодная беременность, головное предлежание плода.
6	Первородящие, одноплодная беременность, тазовое предлежание плода.
7	Повторнородящие, одноплодная беременность, тазовое предлежание плода, в том числе с рубцом на матке.
8	Все женщины с многоплодной беременностью, в том числе с рубцом на матке.
9	Все женщины с одноплодной беременностью при поперечном или косом положении плода, включая женщин с рубцом на матке.
10	Все женщины с одноплодной беременностью, головное предлежание плода, с гестационным сроком ≤ 36 нед., включая женщин с рубцом на матке.

Данные были обработаны методами математической статистики с использованием программного обеспечения Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США).

На протяжении 2010 – 2014 гг. в родильном доме №2 ежегодно принимались роды приблизительно у 2 тыс. женщин, что соответствует 22,0 % от общего количества родов по г. Одессе. При этом КС было выполнено в 23,1 – 23,9 % случаев (рис. 1). Приведенные уровни соответствуют общенациональным средним показателям по Украине.

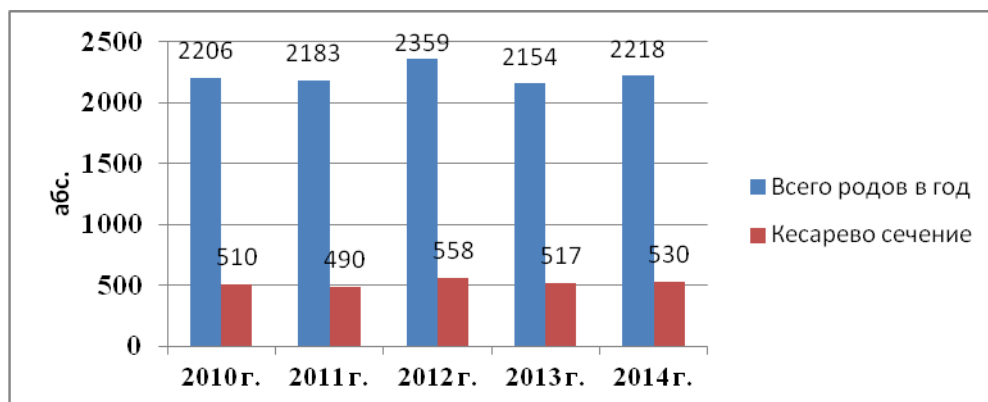


Рисунок 1 - **Показатели общего числа родов и кесарева сечения по родильному дому № 2.**

При этом нормальных родов (шифр О.80 по МКБ 10) было—46,19 % от общего количества родов (2010); 50,39 % (2011); 51,72 % (2012); 50,23 % (2013) и 52,21 % (2014) г. Таким образом, количество нормальных родов за период 2010 – 2014 гг. незначительно возросло – с 46,1 % до

52,21 %. Как видно из таблицы 1, за истекший период времени, плановые операции КС проводились значительно чаще, чем ургентные.

Таблица 1 - Показатель кесарева сечения по родильному дому (абс., %)

Показатели	2010		2011		2012		2013		2014	
	Абс	%	Абс.	%	Абс	%	Абс.	%	Абс.	%
Всего кесаревых сечений	510	23,1	490	22,4	558	23,7	517	24,0	530	23,9
Плановые	338	66,3	311	63,5	315	56,5	321	62,1	329	62,1
Ургентные	172	33,7	179	36,5	243	43,5	196	37,9	201	37,9
При преждевре- Менных родах	59	11,6	62	12,7	73	13,1	57	11,0	72	13,6

Это свидетельствует о более тщательном отборе контингента пациенток на госпитальном этапе. Согласно данным проведенного ретроспективного анализа в группе беременных родоразрешенных путем КС прослеживалось увеличение частоты сопутствующей экстрагенитальной патологии с 2,9 % случаев (2010) до 8,7 % (2014), что стало одной из причин роста числа КС.

В структуре акушерских показаний для родоразрешения путём операции КС в плановом порядке наблюдалась следующая взаимосвязь. Согласно анализу, наличие рубца на матке в сочетании с противопоказаниями к вагинальным родам стало показанием для КС в 24,4 % (2010) и 29,0 % (2014). Тазовое, ножное или неправильное предлежание плода при одноплодной и многоплодной беременностях было отмечено в 5,1 % случаях (2010) и 12,0 % (2014). Экстрагенитальная патология с заключением профильного специалиста стала показанием для КС в 2,3 % (2010) и 6,5 % (2014). Среди причин КС проведенных в ургентном порядке ведущее место занимает дистресс плода, подтвержденный объективными методами обследования при отсутствии условий для родоразрешения через естественные родовые пути. Этот показатель составил в 2010 г. 10,2 %, а в 2014 г. 23,8 %.

Следует отметить, что число случаев выявления антенатального дистресса плода, в структуре данного показателя было меньше, чем интранатального дистресса плода (рис.2). При этом в 2012 году число случаев выявленного антенатального дистресса плода увеличилось с 2,5% до 9,3% ($\chi^2=26,6$ df=1 $p<0,05$), что связано с повышением эффективности динамического наблюдения за состоянием беременной женщины и плода. С другой стороны, частота интранатального дистресса на протяжении всего периода времени, выбранного для ретроспективного анализа, колебалась в пределах 12,7-17,6 %, то есть значимых изменений в частоте КС по поводу фетального дистресса в первом периоде родов не наблюдалось.

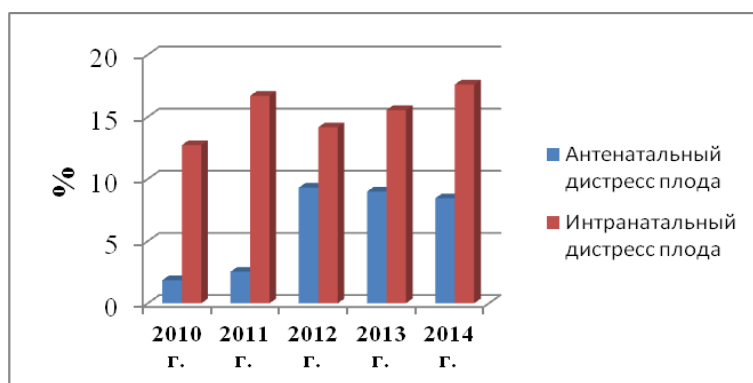


Рисунок 2 - Распределение случаев выявления дистресса плода

На втором месте по показаниям к выполнению ургентного КС было кровотечение до родов или в первом периоде родов при отсутствии показаний для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути в 4,1 % (2010) и 3,1 % (2014).

Показаниями для ургентного родоразрешения женщин путем операции КС были также обструктивные роды отмеченные у 3,6 % случаев (2010) и 2,0 % случаев (2014), а также аномалии родовой деятельности, не поддающиеся медикаментозной коррекции, в 2,1 % и 1,0 % случаев соответственно, что отображено на рис. 3. Общей тенденцией для периода ретроспективного анализа было увеличение частоты выявления дистресса плода.

Расширение объема операции (экстирпация матки, перевязка внутренних подвздошных артерий) при КС происходило в 0,3 % случаях (2010) и в 0,1 % (2014). Наиболее частым осложнением в послеоперационном периоде, у пациенток была серома после операционного шва. Этот показатель составлял 0,09 % (2010) и 0,18 % (2014) соответственно.

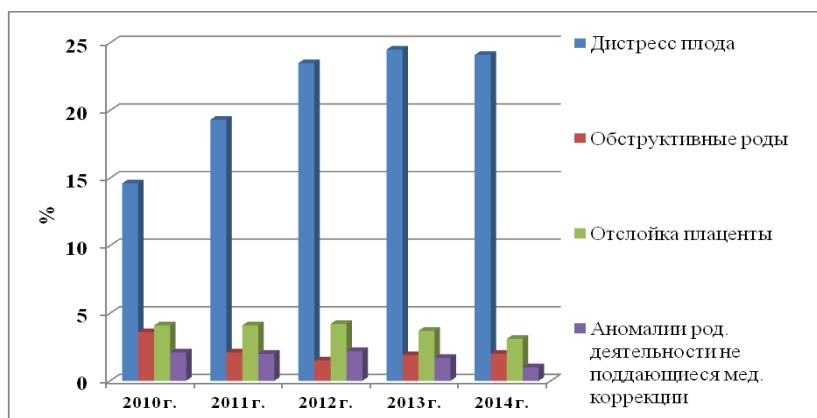


Рисунок 3 - Распределение показаний для ургентного родоразрешения.

Несмотря на общую тенденцию к увеличению частоты КС, имеются различия по группам в соответствии с классификацией М. S. Robson. Самыми многочисленными в наблюдении явились группы 1, 3 и 2, имеющие удельный вес 31,5 %, 23,7 % и 18,6 % соответственно. Полученные нами данные совпадают с данными зарубежных авторов. [9, 16].

Рост числа КС наблюдался преимущественно у женщин 5 и 6 групп и был обусловлен рядом следующих факторов: большая часть данной группы была представлена женщинами с рубцом на матке и отказом от попытки вагинальных родов. В данную группу так же входили женщины с тазовым предлежанием плода и первородящие женщины старше 30 лет с сопутствующей экстрагенитальной патологией.

Так же наблюдалось увеличение частоты КС в 1 группе женщин, по следующим причинам: дистресс плода, аномалии родовой деятельности не поддающиеся медикаментозной коррекции, обструктивные роды. Незначительно вырос показатель выполнения КС при преждевременных родах (группа 10) с 11,6 % (2010) до 13,6 % (2014).

Таким образом, в структуре показаний для проведения КС в ургентном порядке ведущее место занимает дистресс плода, подтвержденный объективными методами обследования при отсутствии условий для родоразрешения через естественные родовые пути. Установлено, что на протяжении 2010-2014 гг. отмечалась общая тенденция к увеличению частоты абдоминального оперативного родоразрешения, при этом наиболее многочисленными группами оказались первородящие, с гестационным сроком беременности более 37 нед., при одноплодной беременности, в головном предлежании плода, с самостоятельным началом родовой деятельности (1-я группа по М. S. Robson) - 31,5 %; первородящие, с гестационным сроком более 37 нед., при одноплодной беременности, в головном предлежании плода, при индуцированных родах или плановое КС (2-я группа по М. S. Robson) - 18,6 %; а также повторнородящие женщины, без рубца на матке, с гестационным сроком более 37 нед., при одноплодной беременности, головном предлежании плода, спонтанных родах (3-я группа) - 23,7 %, соответственно. Описанные

закономерности соответствуют данным мировой литературы, однако преобладание в структуре оперативно родоразрешенных первобеременных свидетельствует о необходимости повышенного внимания к ведению беременности у данной категории женщин.

К числу мероприятий, позволяющих снизить частоту операций, выполненных в ургентном порядке, относится своевременная коррекция внутриутробного состояния плода с целью профилактики развития фетального дистресса. В связи с этим приобретает особое значение выявление женщин с латентным железодефицитом или железодефицитной анемией, другими факторами риска (ожирение или дефицит массы тела, вредные привычки, наличие экстрагенитальной патологии), обязательное консультирование женщин после КС по вопросам применения контрацепции в течение 2 лет

Заключение:

1. По результатам проведенного анализа необходимо уделять особое внимание ведению и родоразрешению первородящих женщин, как на догоспитальном этапе, так и этапе стационара.
2. На догоспитальном этапе важно обеспечить беременным полную информацию о методе родоразрешения и возможных осложнениях.
3. Необходима своевременная коррекция антенатального состояния плода, с целью снижения показателей дистресса плода, как одной из причин оперативного родоразрешения. Для этого необходимо своевременно выявлять женщин с латентным железодефицитом или железодефицитной анемией, другими факторами риска (ожирение или дефицит массы тела, вредные привычки, наличие экстрагенитальной патологии).
4. На этапе ЖК необходимо обязательное консультирование женщин после КС по вопросам применения контрацепции в течение 2 лет.

Источники финансирования:

Исследование выполнено в рамках бюджетной НИР на тему «Разработка и внедрение алгоритмов диагностики, лечения и профилактики актуальных заболеваний репродуктивной системы женщины» (№ государственной регистрации 0112U008308) кафедры акушерства и гинекологии № 1 Одесского национального медицинского университета.

Конфликт интересов:

Автор данной статьи подтверждает отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить

Литература

1. World Health Organization. Электронный ресурс. Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/en/>
2. U.S. National Center for Health Statistics. Электронный ресурс. Режим доступа: <http://www.cdc.gov/nchs/>
3. Examining Caesarean Section Rates in Canada Using the Robson Classification System / S. Kelly, A. Sprague, DB. Fell [et al.] // J. Obstet. Gynaecol. Can. – 2013. – Vol. 35(3). P. 206-214.
4. Osterman M. Primary Cesarean Delivery Rates, by State: Results From the Revised Birth Certificate, 2006–2012. / Michelle J.K. Osterman, Joyce A. Martin. // National Vital Statistics Reports. – 2014. – Vol. 63, № 1(23) – P. 1-11.
5. A descriptive analysis of the indications for caesarean section in mainland China. / Y Liu, G Li, Y Chen [et al.] // BMC Pregnancy Childbirth. – 2014. – Vol. 12 No. 14 – P. 410.
6. Rate and indications of elective and emergency caesarean section; a study in a tertiary care hospital of Peshawar / M. Naeem, M.Z. Khan, S.H. Abbas [et al.] // J Ayub Med Coll Abbottabad. – 2015. – Vol. 27(1). – P. 151-154.
7. Состояние здоровья женщин и детей в Республике Беларусь. Электронный ресурс. Режим доступа: <http://med.rechitsa.by/ru/news/115-2010-09-24-07-41-37>
8. Trend news agency Электронный ресурс. Режим доступа: <http://www.trend.az/azerbaijan/society/2335644.html>
9. Бадаева А.А. Динамика частоты кесарева сечения по тульской области за 2000-2010 гг.: мультицентровое ретроспективное исследование / А.А. Бадаева // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2014. – № 1. Режим доступа: <http://medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/4991.pdf>

9.Наказ МОЗУ № 977 від 27.12.2011 Клінічний протокол з акушерської допомоги «Кесарів розтин». Електронний ресурс. Режим доступу: www.moz.gov.ua

10.Анализ абдоминальных родоразрешений в родильном отделении ЦРКБ Симферопольского района за 2011 год / И.И. Иванов, Т.Н. Гарина, М.В. Черипко [и др.] // Таврический медико-биологический вестник. – 2012. Т. 15, № 2, ч. 2 (58). – С. 109-111.

11. Analysis of Cesarean Delivery at Assiut University Hospital Using Ten Group Classification System / Abdel-Aleem H., Shaaban O.M., Hassanin A.I. [et al.] // Int.J.Gynecol.Obstet. – 2013. – Vol. 123, №2. – P. 119-123.

12.Вдовиченко Ю.П. Динаміка частоти кесаревих розтинів у разі екстрагенітальної патології як показання до оперативного розродження / Ю.П. Вдовиченко, Н.П. Гончарук, О.Ю. Гурженко // Здоровье женщины – 2013. – № 2 (78). – С. 108-111.

13.Наказ МОЗУ № 900 від 27.12.2006 Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Дистрес плода при вагітності та під час пологів». Електронний ресурс. Режим доступу: www.moz.gov.ua

14.Наказ МОЗУ № 976 від 27.12.2011 «Вагінальні пологи після кесаревого розтину». Електронний ресурс. Режим доступу: www.moz.gov.ua

15.Makhanya V. Utility of the Robson Ten Group Classification System to determine appropriateness of caesarean section at a rural regional hospital in KwaZulu-Natal, South Africa / V. Makhanya, L. Govender, J. Moodley // S Afr Med J. –2015. – Vol. 105(4). – P. 292-295.

16.Quinlan JD. Cesarean delivery: counseling issues and complication management. / JD Quinlan, NJ Murphy // Am Fam Physician. – 2015. – Vol. 1 91(3). – P.178-184.

17.Selinger H: Maternal request for caesarean section: an ethical consideration. / H. Selinger // J Med Ethics. – 2014. – Vol. 40(12). – P. 857-860.

18.Shirsath A. Analysis of cesarean section rate according to Robson's 10-group classification system at a tertiary care hospital / Arti Shirsath, Nilesh Risbud // International Journal of Scientific Research. – 2014. – Vol. 3, – P.401-402.

ТҮЙІН

Анчева И. А.

Одесса ұлттық медицина университеті, Одесса қ., Украина, ORCID 0000-0001-8213-1570

АБДОМИНАЛДЫ ОПЕРАТИВТІ ТУУДЫҢ ЗАМАНАУИ АКУШЕРЛІКТЕГІ ОРНЫ

Зерттеу мақсаты: Одесса қ. (Украина) № 2 перзентханасы бойынша соңғы 5 жылдағы әйелдердің абдоминалды оперативті тууының жиілігі мен тиімділігінің талдамасын жүргізу. 2010 – 2014 жылдар аралығындағы босану тарихтарының ретроспективті талдамасы жасалынды. Кесарь тілігі отасының талдамасы М. S. Robson классификациясына сәйкес жасалынды. Ургентті ретте жасалынған кесарь тілігі отасы себептерінің арасында зерттеудің объективті әдістерімен расталынған кәдуілгі туу жолдары арқылы туу мүмкіншілігі жоқ нәресте дистрессі бар екені көрсетілген. Кесарь тілігі отасын жүргізудің көптеген көрсетімдері айқындалған. Латентті теміртапшылығы немесе теміртапшылық анемиясы, қауіптің басқа факторлары бар (семіздік немесе дене өлшемінің жетіспеушілігі, зиянды әдеттер экстрагениталды патологияның бар болуы) әйелдерді анықтау қажеттігі көрсетілген.

Кілт сөздер: жүктілік, кесарь тілігі, туу, кәуіпті бағалау.

ABSTRACT

Ancheva I.A.

Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

PLACE ABDOMINAL OPERATIVE DELIVERY IN MODERN OBSTETRICS

The paper analyzes the current state of the problem of abdominal operative delivery worldwide. The aim of the study is to conduct a detailed analysis of the frequency and effectiveness of abdominal

operative delivery of women over the past 5 years for maternity hospital number 2 in Odessa (Ukraine). A retrospective analysis of labor histories was conducted for the period 2010 - 2014 years. Analysis of cesarean section was performed in accordance with the classification of MS Robson. It is shown that among the causes of caesarean sections performed in the urgent procedure, the leading place is taken by fetal distress, confirmed by objective methods of examination in the absence of conditions for delivery vaginally. It identified as the most frequent indications for cesarean section. During the 2010-2014. there was a general tendency to increase the frequency of abdominal operative delivery, when the most numerous group was nulliparous, with gestational age of pregnancy over 37 weeks., singleton pregnancy, cephalic presentation, with independent onset of labor (group 1 for MS Robson) - 31.5%; nulliparous, with gestational age more than 37 weeks., singleton pregnancy, cephalic presentation of fetus during labor induced or a planned CS (2nd group of MS Robson) - 18,6%; and multiparous women with no uterine scar, with gestational age more than 37 weeks., singleton pregnancy, cephalic presentation fetus, spontaneous labor (group 3) - 23.7%, respectively.

Approaches that reduce the frequency of operations performed in urgent procedure. The role of a timely correction of fetal condition in order to decrease fetal distress as one of the causes of operative delivery is discussed. There was emphasized the necessity to identify women with latent iron deficiency or iron deficiency anemia, other risk factors (obesity or underweight, unhealthy habits, presence of extragenital pathology), the value of the mandatory counseling for women after the female wellness center on the use of contraception for 2 years.

Key words: pregnancy, caesarean section, delivery, operation, risk assessment

К.В. Сотникова – студентка 5-го курса Южно-Уральского государственного медицинского университета, , ksyusha-sotnikov@mail.ru

Научный руководитель – **В.С. Чулков**, к.м.н., доцент, vschulkov@rambler.ru,

Н.А. Филиппова, к.м.н.,

Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск, Российская Федерация

ВЛИЯНИЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ

Аннотация

Острые респираторные заболевания встречаются почти у 12% беременных женщин. Имеются немногочисленные данные о том, что инфицированные женщины имели повышенный риск спонтанного аборта или антенатальной гибели плода. Патогенез последних связан с влиянием инфекционных агентов на организм, что приводит к изменениям в системе гемостаза. В связи с чем представляется актуальной оценка изменений в системе гемостаза и влияние этих изменений на течение и исходы беременности.

Ключевые слова: Острые респираторные заболевания, беременность, исходы, течение

Острые инфекции дыхательных путей у беременных являются широко распространенной патологией. Представляется актуальной оценка влияния острых респираторных заболеваний на течение и исходы во взаимосвязи с состоянием гемостаза.

Тип исследования: когортное с ретроспективной когортой. Критерии включения: перенесенное ОРЗ на сроках до 20 недель гестации, подтвержденное врачом-терапевтом, легкая степень тяжести ОРЗ. Критерии исключения: невынашивание беременности, тромбо-филические состояния, тяжелая соматическая патология. В исследование вошли 80 беременных,