

условиях высоких температур, работа с ядохимикатами и пестицидами, парами металлов, бензина и различных масел, выхлопные газы автомашин, пыль асбестоцементных предприятий, вероятнее всего являются причинами развития злокачественного процесса в гортани. 6. Выявление пациентов с злокачественными опухолями гортани, соответствующих T1-2 даёт возможность проведения радикального органосохраняющего лечения (у 15 пациентов из 23 – 65,21%) с сохранением функций гортани.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Океанов А.Е. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2006-2015) / А.Е. Океанов, П.И. Моисеев, Л.Ф. Левин под ред. О.Г. Суконко – Минск: РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова, 2016. – 80 с.

2. Шаньгина, О. В. Факторы риска развития рака гортани в странах восточной и центральной Европы / О. В Шаньгина // Вопросы онкологии. – 2007. – Т. 53, N 3. – С. 321–328.

### **ВЛИЯНИЕ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ НА ТЕЧЕНИЕ РОДОВ**

***Никольская А.К., Будько Т.Т., Мещанова Ю.С., Герасимчик П.А.***

*УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно»*

**Актуальность.** Боль в родах вызывает ряд реакций со стороны роженицы, равно вредных как для нее самой, так и для плода. Боль вызывает тревогу, страх и низкую устойчивость к стрессу [1].

Чрезмерная боль во время родов стимулирует выброс адреналина и норадреналина, СТГ, АДГ, АКТГ, глюкагона,  $\beta$ -эндорфина, что может привести к гемодинамическим нарушениям, развивается гипервентиляция и гипокапния с дыхательным алкалозом и компенсаторным метаболическим ацидозом, что приводит к нарушению транспорта кислорода, повышается уровень свободных жирных кислот и лактата. Эти изменения могут способствовать снижению активности схваток, нарушения кровообращения в фетоплацентарном комплексе, развитию метаболического ацидоза и гипоксии у плода [1, 2].

В настоящее время в борьбе с родовой болью используется достаточно методик, применяемых в различные фазы родов и обладающих различной эффективностью. Их объединяет как минимум одна общая черта – они должны быть безопасны как для матери, так и для ребенка [3, 4].

Регионарная анестезия определена как оптимальный метод анестезиологического пособия в акушерстве всеми ведущими медицинскими организациями мира (WorldHealthOrganization, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), InternationalFederationofObstetricsandGynecology (FIGO), AmericanCollegeofObstetriciansandGynecologists (ACOG)) [2].

За 2017 год в акушеско - физиологическом отделении проведено 1529 родов, из них кесаревых сечений 424 (406 операций выполнено под спинномозговой анестезией, что составило 95%), через естественные родовые

пути проведено 1105 родов, в 297 родах (26,9%) применялась эпидуральная анестезия.

**Цель.** Оценить влияние эпидуральной анестезии на продолжительность и характер родовой деятельности в сравнении с ведением родов без обезболивания.

**Методы исследования.** Работа проводилась на базе акушерско-физиологического отделения УЗ «ГК БСМП г. Гродно» и базировалась на изучении 40 историй родов. В исследование было включено 2 группы рожениц с доношенной одноплодной беременностью, головным предлежанием плода, без выраженной соматической и акушерской патологии, которым предстояли 1 роды через естественные родовые пути. В первую группу вошли 20 женщин с применением в родах эпидуральной анестезии (ропивакаин 0,2% р-р 10 мл) с целью обезболивания родовой деятельности, анестетик вводился однократно в I периоде родов. Вторая группа, контрольная – 20 женщин без обезболивания родов. Группы были сопоставимы по возрасту, весу матери и массе плода.

Оценка болевого синдрома проводилась до и после введения анестетика (через 30 минут) с помощью визуально-аналоговой шкалы боли (VAS), где 0 – отсутствие болевых ощущений, 10 – максимальная выраженность боли. Оценка гемодинамики проводилась до и после (через 30 минут) проведения ЭА по артериальному давлению, ЧСС женщины. Статистическая обработка данных проводилась при помощи программы Statistica 6.0.

**Результаты и их обсуждение.** Введение анестетика проводилось роженицам при раскрытии маточного зева в среднем на  $4,6 \pm 0,11$  см.

При оценке анестезиологического пособия в родах определялась выраженность болевого синдрома с помощью визуально-аналоговой шкалы боли. Средний балл до анестезии составил  $8,6 \pm 0,02$ , после обезболивания отметка опустилась до  $2,25 \pm 0,07$  балла, что свидетельствует об эффективном анальгезирующем эффекте ЭА.

Артериальное давление до анестезии составило в среднем  $120,5 \pm 0,2/79,25 \pm 0,4$  среднее артериальное давление –  $93,2 \pm 0,7$ , ЧСС  $76,1 \pm 0,11$ ; а после развития анальгетического эффекта –  $114,25 \pm 0,1/74,5 \pm 0,09$  среднее артериальное давление –  $87,75 \pm 0,6$ , ЧСС  $78,05 \pm 0,08$ . Таким образом, ЭА значительно не отразилась на состоянии гемодинамики женщин до и после анальгезии.

Общая продолжительность родов при использовании ЭА составила  $527,55 \pm 16,93$  минут (8,79 ч), что в сравнении с контрольной группой:  $603,25 \pm 13,2$  минут (10,05 ч) – на  $75,7 \pm 3,73$  (1,26 ч) минут меньше. Данная тенденция отражается и на длительности I периода родов: с ЭА продолжительность составила  $498,25 \pm 21,8$  минут (8,30 ч), в контроле –  $578,05 \pm 17,5$  минут (9,63 ч), т.е. у исследуемых женщин с анестезиологическим пособием I период на  $79,8 \pm 4,3$  минут (1,33 ч) оказался короче. Во II же периоде родов наблюдается обратная закономерность: при использовании ЭА II период длился  $25,1 \pm 0,77$  минут, что на  $7,7 \pm 0,14$  минут дольше, чем в контрольной группе:  $17,4 \pm 0,63$  минут. III период у исследуемых женщин от общей продолжительности родов занял фактически одинаковый временной промежуток: с ЭА –  $8,2 \pm 0,54$  минут, контроль –  $7,8 \pm 0,61$  минут.

### **Выводы:**

1. Эпидуральная анестезия способствует более комфортному течению родов, что отражается в эффективном анальгетическом эффекте последней.
2. Значимого влияния ЭА на показатели гемодинамики рожениц не выявлено.
3. ЭА способствует уменьшению общей продолжительности родов, что особенно отражается на длительности I периода. На II период ЭА оказывает незначительное пролонгирующее действие, однако в рамках нашего исследования это не привело к инструментальному завершению родов. Влияния ЭА на III период родов не выявлено.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Неймарк, М.И. Современные аспекты обезболивания самопроизвольных родов / М.И. Неймарк, В.Ю. Геронимус, А.И. Ковалев // Журнал акушерства и женских болезней. – 2011. – Том LX. – № 3. – С. 110-115.
2. Куликов, А.В. Регионарная анестезия в акушерстве / А.В. Куликов // Уральский государственный медицинский университет. – 2014. – С. 62.
3. Малевич, Ю.К. Акушерство / Ю.К. Малевич – Минск: «Беларусь», 2017. – С. 511.

## **ВОЗРАСТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЫШЕЧНО-АПОНЕВРОТИЧЕСКИХ СТРУКТУР БРЮШНОЙ СТЕНКИ У ЛИЦ МУЖСКОГО ПОЛА**

**<sup>1</sup>Новицкая В.С., <sup>2</sup>Михайлов А.Н., <sup>3</sup>Гаврилик А.А., <sup>1</sup>Смотрин С.М.**

<sup>1</sup>УО «Гродненский государственный медицинский университет»

<sup>2</sup>Белорусская медицинская академия последипломного образования

<sup>3</sup>УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г.Гродно»

**Актуальность.** Хирургическое лечение грыж живота не имеет альтернатив. В настоящее время многие авторы придерживаются принципа дифференцированного подхода к выбору метода герниопластики, особенно при паховых грыжах у мужчин, требующих оценки состояния мышечно-апоневротических структур брюшной стенки [1, 2, 5, 6].

**Цель.** Дать оценку состояния мышечно-апоневротических структур брюшной стенки у лиц мужского пола по результатам МРТ.

**Методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ результатов МРТ брюшной стенки у 24 пациентов не имеющих наружных грыж живота в T<sub>1</sub> и T<sub>2</sub> в аксиальной проекции. Все пациенты, согласно классификации ВОЗ были разделены на 3 группы (молодого, среднего и пожилого возраста) по 8 человек в каждой группе. Измерялись: толщина прямой мышцы живота, ширина прямой мышцы живота, площадь поперечного сечения прямой мышцы живота, ширина белой линии живота, совокупная толщина мышц боковой стенки живота, совокупная толщина внутренней косой и поперечной мышцы живота на уровне почечных артерий. Данные обрабатывали с помощью лицензионной