

данными литературы (30% и 21,7%, соответственно). Низкая встречаемость ВПР ЦНС, возможно, связана с их хорошей пренатальной диагностикой и возможностью элиминации плода по генетическим показаниям.

*Литература:*

1. Ремнева, О.В. Внутриутробная инфекция. Риск для плода и новорожденного. Принципы ведения беременности: учебно-метод. пособие / О.В. Ремнев, Н.И. Фадеева, Т.М. Черкасова. – Барнаул, 2004. – 105 с.
2. Антенатальная диагностика и тактика при пороках плода и новорожденного: метод. пособие / Т.К. Немилова [и др.]. – СПб.: СПбМАПО, 2002. – 90 с.
3. Шабалов, Н.П. Детские болезни: в 2 т. / Н.П. Шабалов. – СПб.: Питер, 2008. – Т. 1 – 928 с.; Т. 2 – 916 с.

*Янушко Т.В.<sup>1</sup>, Гутикова Л.В.<sup>1</sup>, Кузьмич И.И.<sup>2</sup>*

## **МОНИТОРИНГ ВЛИЯНИЯ РЕГИОНАРНЫХ МЕТОДОВ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У РОДИЛЬНИЦ**

<sup>1</sup>Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь

<sup>2</sup>Учреждение здравоохранения «Гродненский областной клинический перинатальный центр», г. Гродно, Республика Беларусь

Материнское молоко имеет неповторимый индивидуальный состав – все ингредиенты максимально удовлетворяют потребности новорожденного. С молоком матери ребенок получает сбалансированный состав белков, жиров, углеводов и ферментов, которые способствуют наиболее полному и легкому усвоению питательных веществ. Грудное молоко содержит оптимальный состав витаминов, минеральных веществ, а также специфических иммуноглобулинов, выполняющих защитную и иммуномодулирующую функции в организме младенца [2].

Высокий процент пациенток, угрожаемых по развитию гипогалактии, составляют женщины после кесарева сечения. По литературным данным, процент грудного вскармливания у женщин после кесарева сечения составляет от 25 до 30% [1]. Факторами риска являются характер и тяжесть акушерской и экстрагенитальной патологии, явившихся показанием к оперативному родоразрешению, сложности осуществления раннего прикладывания к груди, депрессивное влияние на плод и новорожденного фармакологических средств, применяемых в родах и при проведении оперативного вмешательства, наличие у новорожденных пограничных или патологических состояний, затрудняющих осуществление акта сосания и др. [3].

Влияние анальгезии в родах и методов анестезии при кесаревом сечении на лактацию и кормление грудью продолжает широко

дебатироваться, однако проведенных исследований на эту тему недостаточно.

**Цель исследования:** определение влияния регионарных методов анестезии, выполненной во время операции кесарево сечение, на становление лактации у родильниц.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось с января 2012 г. по апрель 2013 г. в наблюдательном отделении учреждения здравоохранения «Гродненский областной клинический перинатальный центр». В исследовании участвовали 455 родильниц, которые были анкетированы на 5-6 сутки после родов. Проанализированы истории родов и анкетированы 153 родильницы после операции кесарево сечение, выполненной с применением регионарных методов обезболивания, и 302 родильницы после родов через естественные родовые пути без применения регионарных методов обезболивания.

Обследование женщин, включенных в обозначаемые группы, выполнялось согласно клиническим протоколам Министерства здравоохранения Республики Беларусь и включало: общеклиническое и лабораторное обследование, сбор анамнеза о перенесенных заболеваниях во время беременности, социально-гигиенические, биохимические, бактериологические, инструментальные, доплеро- и фетометрические, а также статистические методы исследования.

При оценке уровня лактации мы проводили сравнение суточного количества молока, необходимого ребенку на соответствующий день его жизни, рассчитанный по формуле А.Ф. Тура, и действительного количества молока. Дефицит молока до 25% от необходимого количества расценивался как гипогалактия (ГГ) I степени; до 50% – II степени; более 50% – III степени; отсутствие молока – агалактия. Для этого у женщин производилась оценка суточного количества молока на 5-6-й день послеродового периода. Количество молока вычисляли как сумму разности массы ребенка до кормления и после него за все суточные прикладывания, и количества молока, сцеженного из обеих молочных желез за сутки.

После рождения учитывались антропометрические данные новорожденных, за статистически значимый был принят уровень  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Средний возраст пациенток в исследуемой (первой) группе колебался в пределах от 21 до 40 лет, причём 96 чел. (62,7%) из них были в возрасте от 21 до 27 лет, средний возраст составил  $30,5 \pm 1,35$  лет. В группе сравнения (вторая группа), средний возраст родильниц колебался от 16 до 38 лет и в среднем составил  $27,0 \pm 1,92$  лет, причём возраст от 18 до 27 лет имела 261 пациентка (86,4%). Рост обследованных женщин колебался от 150 до 180 см и в среднем составил  $165,7 \pm 0,43$  см.

Характеризуя репродуктивную функцию в исследуемых группах, следует отметить, что у 145 (32%) женщин наблюдалась первая беременность, у 215 (47%) родильниц беременность была вторая, третья и более – у 95 женщин, что составило 21%.

Исследуемая группа и группа сравнения были сопоставимы по паритету родов, социальному статусу, времени наступления менархе и срокам начала половой жизни.

Установлено, что пациентки первой группы чаще страдали такими гинекологическими заболеваниями, как миома матки (25 пациенток – 16,3%), дисфункция яичников (9 пациенток – 5,8%), бесплодие (21 пациентка – 13,7%). В группе сравнения гинекологические заболевания отмечались только у 25 (8,2%) родильниц, из них у 18 (5,9%) – эрозия шейки матки, нарушения менструального цикла наблюдались у 7 (2,3%) женщин.

Анализируя соматическую патологию, следует отметить, что чаще всего у женщин в исследуемых группах наблюдались заболевания органа зрения – 107 (23,5%), эндокринная патология – у 65 (14%), заболевания системы кровообращения – у 47 (10%), метаболический синдром – у 38 (8%), заболевания почек – у 35 (7%), болезни желудочно-кишечного тракта – у 24 женщин (5%), 35 родильниц (что составило 7,6% от общего числа исследуемых) отрицали наличие какой-либо патологии.

При изучении лабораторных данных родильниц обеих групп существенных различий в показателях общего анализа крови, биохимических показателях крови, анализах мочи не выявлено.

Осложнённое течение беременности в первой группе отмечено в 84% случаев, во второй группе – в 62%. Наиболее часто у беременных в первой группе встречались гестозы (31,3% случаев), фетоплацентарная недостаточность (27,5%), угроза преждевременных родов (25,8%).

Срок родоразрешения среди пациенток обеих групп достоверно не различался: 90% всех родов в обеих группах были срочными, 10% – преждевременными; случаев запоздалых родов не отмечено.

В первой группе беременных женщин роды велись оперативным путем, из них 72% кесаревых сечений были плановыми и 28% произведены по экстренным показаниям. Среди плановых кесаревых сечений основными показаниями послужили: предшествующее кесарево сечение (рубец на матке), неправильное положение плода, экстрагенитальная патология, бесплодие в анамнезе, беременность после ЭКО. Среди кесаревых сечений, произведенных по экстренным показаниям, лидировали следующие показания: острая интранатальная гипоксия плода, гестоз, нарушение маточно-плацентарного кровотока с возникновением нулевых кардиоциклов, клинически узкий таз, первичная слабость родовых сил.

В качестве регионарной анестезии при операции кесарево сечение применяли спинномозговую анестезию.

Спинномозговая анестезия – одна из наиболее простых, эффективных и доступных методик, обеспечивающих быструю и мощную анестезию. Как правило, местные анестетики, введенные в субарахноидальное пространство, дают полную сенсорную блокаду,

распространенность которой зависит от положения пациента, общей дозы препаратов. В наших исследованиях спинномозговая анестезия проводилась с применением препарата фирмы AstraZeneca Маркаиин Спинал (регистрационное удостоверение П № 014032/01), действующее вещество Бупивакаина гидрохлорид 5 мг/мл.

При анализе родов, проведенных через естественные родовые пути, мы не обнаружили достоверных различий в длительности родов, частоте послеродовых осложнений. После родов через естественные родовые пути и методом оперативного родоразрешения производились первичный туалет новорожденного, оценка по шкале Апгар на 1-й и 5-й мин., учитывался тип плача, характер рефлекторной активности и мышечный тонус. Все новорожденные находились в контакте «кожа-к-коже», поощрялось раннее прикладывание к груди. Регистрировалась масса и длина тела новорожденных в обеих исследуемых группах. В обеих группах масса плодов и оценка новорожденных по шкале Апгар статистически не различалась. При оценке лактационной функции родильниц первой группы нами выявлено, что дефицит молока I степени наблюдался у 18 пациенток, что составляло 11,5%, дефицит молока II степени наблюдался у 3 родильниц и составил 1,9% от общего числа женщин, гипогалактия III степени и агалактия у пациенток данной группы не наблюдалась. Оценивая суточный объем молока у родильниц второй группы, мы пришли к выводу, что частота гипогалактии I и II степени достоверно не отличалась от такового показателя в первой группе и встречалась в 12% и 2% случаев, соответственно, тяжелых нарушений лактационной функции III степени и агалактии в этой группе также не отмечалось.

#### **Выводы:**

1. Учитывая бурное развитие современного акушерства, совершенствование медицинского оснащения, разработку и поставку новых современных медикаментозных средств в применении регионарных методов обезболивания, наличие опытной высококвалифицированной анестезиологической помощи, применение спинномозговой анестезии при кесаревом сечении является приоритетным, эффективным, современным и доступным методом регионарной анестезии.

2. Исходы из проведенных исследований, мы пришли к выводу, что данный метод анестезии не оказывает существенного влияния на характер течения послеродового периода, состояние новорожденного и не оказывает существенного влияния на становление лактационной функции у родильниц. Нами не выявлено достоверных различий в выработке суточного объема молока в обеих исследуемых группах.

3. Применение спинномозговой анестезии привлекает отсутствием депрессии дыхания, сердечно-сосудистой деятельности, эффективности устранения боли при сохранении психомоторной активности родильницы из-за небольшой по сравнению с другими методами обезболивания дозой анестетика. При правильном выполнении полностью исключен риск

воздействия препаратов на ребенка, женщина находится в сознании и может контактировать с новорожденным, кроме того, спинномозговая анестезия при кесаревом сечении обеспечивает достаточное расслабление мышц, что облегчает работу хирурга.

*Литература:*

1. Абрамченко, В.В. Беременность и роды высокого риска: Руководство для врачей / В.В. Абрамченко. - М: Медицинское информационное агентство, 2004. – 375-390 с.
2. Гутикова, Л.В. Новые подходы к профилактике гипогалактии / Л.В. Гутикова // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2007. – № 3. – 43-46 с.
3. Экстренная помощь в акушерстве и гинекологии (эфферентные методы) / В.И. Кулаков [и др.]. - М: Медицинское информационное агентство, 1998. – 206 с.

*Янушко Т.В.<sup>1</sup>, Гутикова Л.В.<sup>1</sup>, Пономаренко С.М.<sup>2</sup>, Кузьмич И.И.<sup>2</sup>*

### **ХАРАКТЕРИСТИКА ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГЕСТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА У РОДИЛЬНИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ**

<sup>1</sup>Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь

<sup>2</sup>Учреждение здравоохранения «Гродненский областной клинический перинатальный центр», г. Гродно, Республика Беларусь

**Актуальность.** Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) – широко распространённые заболевания и составляют около 90% всей инфекционной патологии. По данным литературных источников, ОРВИ – собирательный термин, который включает группу неспецифических инфекционных заболеваний респираторного тракта вне зависимости от их локализации – от ринита до пневмонии, распространяющихся преимущественно воздушно-капельным путем и обладающих высокой контагиозностью. ОРВИ вызываются широким спектром возбудителей, среди которых не менее 5 различных групп вирусов (вирусы парагриппа, гриппа, аденовирусы, риновирусы, реовирусы и др.) и более 300 их подтипов.

Ежегодно ОРВИ болеет каждый третий житель планеты, что составляет от 3 до 5 млн чел., из них 250-300 тыс. умирают по причине тяжелых форм. В целом коэффициент инфицирования составляет 15-20% среди здорового населения, а у беременных он значительно выше и составляет от 55 до 82% [2].

Известно, что источником ОРВИ, учитывая механизм передачи, является больной человек. Заражение происходит при попадании вируса на слизистые оболочки верхних дыхательных путей. По данным литературы, вирус представляет собой внеклеточную форму жизни, которая не может