

таким диагнозом. Ангионевротический отек и аллергический ринит также были выявлены лишь у небольшого числа детей в выборке (3 и 4 ребенка соответственно), но встречались исключительно в сочетании с другими АЗ. Следует отметить, что у 100% детей АР сочетался с пищевой аллергией.

**Выводы.** Респираторная аллергия (бронхиальная астма, аллергический ринит) достоверно чаще диагностируется у мальчиков ( $p > 0,05$ ). Не имеют достоверных гендерных различий в частоте встречаемости такие АЗ, как атопический дерматит, крапивница, ангионевротический отек и пищевая аллергия. Средний возраст начала таких аллергических заболеваний как БА, АТД и АР достоверно не отличается. Более половины детей (56,1%) имеют различные сочетания аллергических заболеваний. Наиболее часто в сочетании с другими АЗ диагностировалась пищевая аллергия (53,7%). Обращает на себя внимание высокая значимость пищевой аллергии в развитии респираторных аллергических заболеваний – все дети с аллергическим ринитом и 66,7% детей с БА имеют пищевую аллергию. Таким образом, полученные данные свидетельствуют об отсутствии четкой хронологической последовательности возникновения клинических проявлений аллергии (атопического марша) и сохранении большой значимости пищевой аллергии при всех АЗ, что согласуется с современными научными данными об омоложении и неуклонном росте частоты встречаемости респираторной аллергии, уменьшению тенденции к снижению частоты пищевой и кожной аллергии с возрастом [1].

#### Литература

1. Богова, А. В. Тенденции в изучении эпидемиологии аллергических заболеваний в России за последние 10 лет / А. В. Богова, Н. И. Ильина, Л. В. Лусс // Российский аллергологический журнал. – 2008. – №6 – С. 3–14.
2. Asher, M. I. Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis and eczema in childhood: ISAAC phases one and three repeat multicountry cross-sectional surveys. / M. I. Asher, S. Montefort, B. Bjorksten et al. // Lancet. – 2006. – Vol.368 – P. 733–743.
3. WAO. White book on Allergy. URL: <http://www.worldallergy.org/User Files/file/WAO-White-Book-on-Allergy FINAL.pdf>.

## ВЛИЯНИЕ ЖЕЛЕЗ МОНТГОМЕРИ НА ЛАКТАЦИОННУЮ ФУНКЦИЮ

*Федюкова Л.Ю., Корбут И.А.*

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Беременность-это событие, которое меняет жизнь женщины, однако вместе с этим она меняет и её тело. Грудь начинает переживать массу значительных метаморфоз, результатом которых должна стать лактация [1,2]. Многие женщины замечают увеличение желёз на ареоле соска, изменение его цвета. Железы Монтго-

мери чутко реагируют на гормональные перестройки организма, они являются рудиментарными молочными железами. Они способны выполнять бактерицидную функцию, и защищать сосок от пересыхания. Замечено, что чем больше этих желёз имеет женщина, тем более хорошие её лактационные способности [4].

**Цель.** Выявить зависимость между количеством желёз Монтегомери у женщин в предлактационный период и качество их лактации.

**Материалы и методы исследования.** На базе родильного отделения Гомельской областной клинической больницы было произведено проспективное исследование 33 женщин их детей. Мы подсчитывали количество желез у пациенток, проходящих предродовую подготовку в отделении патологии беременности, а затем проводили исследование в послеродовом периоде и через 6 месяцев после родов. Они были разделены на 2 группы: А- женщины со средним количеством желёз Монтегомери  $< 8,5$  и Б –  $\geq 8,5$  желёз. В течении 8 месяцев женщины и их дети находились под наблюдением. Статистическая обработка произведена с помощью прикладных программ Microsoft Office: качественных – Me (25;75 перцентилей), количественных –  $n, p \pm sp$  %.

**Результаты и обсуждение.** В группе А на грудном вскармливании 1-3 месяца находилось  $41,7 \pm 10,7\%$  новорожденных, 3-6 месяцев –  $29,2 \pm 10,2\%$ , 6-12 месяцев –  $29,1 \pm 10,2\%$ . В группе Б: 1-3 месяца –  $22,2 \pm 14,7\%$ , 3-6 месяцев –  $33,3 \pm 16,7\%$  и 6-12 месяцев –  $44,4 \pm 17,6\%$  детей. За время кормления лактостаз был диагностирован у  $12,5 \pm 6,3\%$  женщин из группы А и  $11,1 \pm 11,1\%$  женщин группы Б.

За первые 3е суток в группе А новорожденные потеряли 142 грамма, в группе Б – 170 грамм. На 7-ые сутки этот показатель в группе А – 60 грамм, в группе Б – 26 грамм. За этот срок новорождённые из обеих групп находились на естественном кормлении.

В таблице 1 представлена динамика изменения массы тела у детей обеих групп.

Таблица 1 – Прирост массы тела у обследованных детей (Me; 25; 75)

|           | А группа          | Б группа          |
|-----------|-------------------|-------------------|
| 1 месяц   | 1000 (875; 1200)  | 1200 (1000; 1300) |
| 3 месяца  | 2900 (2400; 3100) | 3100 (3000; 3400) |
| 6 месяцев | 5100 (4500; 6100) | 5200 (5000; 5800) |

Причины прекращения грудного вскармливания в А группе: пропало молоко –  $50,0 \pm 10,2\%$ , болезнь –  $8,3 \pm 5,6\%$ , нежелание кормить –  $4,2 \pm 4,1\%$ , привыкание ребёнка к бутылочке –  $8,3 \pm 5,6\%$ , стресс –  $4,2 \pm 4,1\%$ , на момент опроса продолжало грудное вскарм-

ливание  $25,7 \pm 8,8\%$  женщин. В группе Б: пропало молоко у  $22,2 \pm 14,7\%$ , прекратили после болезни кормить  $33,3 \pm 16,7\%$ ,  $11,1 \pm 11,1\%$  ребёнка привыкли к бутылочке и не брали грудь, у  $11,1 \pm 11,1\%$  мам причиной стало нежелание кормить ребёнка, а  $22,2 \pm 14,7\%$  женщин продолжает грудное вскармливание. Докорм ребёнка в группе А мамы начали в среднем в 2,5 месяца, во второй группе в 3,5 месяца. За время грудного вскармливания в группе А болело  $29,2 \pm 9,3\%$  детей, в группе Б этот показатель  $11,1 \pm 11,1\%$ , что сопоставимо с другими научными исследованиями [2].

**Выводы.** В группе, где женщины имели 8,5 желёз Монтгомери и более, дети дольше находились на грудном вскармливании, лучше набирали вес и докорм им требовался позже. Дети этой группы также имели меньше эпизодов ОРИ. В группе А самой частой причиной прекращения грудного вскармливания – снижение лактации, в группе Б – болезнь матери.

Грудное молоко представляет собой самую лучшую и полезную пищу для младенцев, что подтверждается результатами нашего исследования. Сохранение грудного вскармливания – задача каждой мамы.

#### Литература

1. Слагаемые успеха на пути продления грудного вскармливания / О.В. Качалова // Вопросы современной педиатрии. – 2013. – №3. – С. 97-98.
2. Формирование микробиоценоза кишечника у детей, находящихся на естественном и искусственном вскармливании / И.Н. Захарова [ и др.] // Вопросы современной педиатрии. – 2010. – №2. – С. 106.
3. Грудное вскармливание: основные принципы успешного становления и поддержки практики грудного вскармливания / В.И. Фурцев // Сибирское медицинское обозрение. – 2012. – Т.75, №3. – 90 – 93.
4. Дисгормональные заболевания молочной железы. Рак молочной железы: учеб.-метод. пособие для студентов 4–6 курсов всех факультетов медицинских вузов / В. В. Берещенко, Б. О. Кабешев. — Гомель: ГомГМУ, 2013. — С. 4 – 6.

## ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДГП) И КАМНЯМИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

*Филиппович В.А.*

Гродненский государственный медицинский университет

**Актуальность.** Лечение больных с доброкачественной гиперплазией простаты (ДГП) в настоящее время проводится с использованием открытых операций, трансуретральных эндоскопических операций, лазерного, ультразвукового и теплового воздействия. Большое внимание уделяется консервативной терапии, которая постоянно совершенствуется, становится более эффективной. Это позволяет чаще выполнять более щадящее лечение, чем десять лет назад. Однако зачастую сопутствующие заболевания почек и мочевого пузыря ставят перед урологами дополнительные диагно-