

нии через ее срединную ось). Далее осуществлялся гемостаз, накладывались 2 обвивных шва на брюшину, культи связок и слизистую влагалища. В заключение влагалище туго тампонировалось на 4-5 ч.

Величина интраоперационной кровопотери колебалась в пределах 50-320 мл (в 88,9% случаев составила 100-125 мл). Средняя продолжительность операции составила  $55 \pm 15$  минут. Интраоперационных и послеоперационных осложнений выявлено не было. Средняя продолжительность послеоперационного периода – 6 койко/день.

#### **Выводы:**

1. Влагалищный доступ при выполнении гистерэктомии имеет ряд преимуществ: минимальная травматизация, косметический эффект вследствие отсутствия рубца на передней брюшной стенке, отсутствие осложнений послеоперационного периода.

2. Используемая нами техника гистерэктомий с использованием влагалищного оперативного доступа базируется на лигировании маточных сосудов и связочного аппарата биполярной установкой LigaSure и применении техники уменьшения в объеме матки – бисекции и коринга.

#### **Литература**

1. Дифференцированный подход к выбору операционного доступа для гистерэктомии / А. Н. Плеханов, Н.А. Татарова, Г.Б. Рябинин, А. Кхеидири, В.И. Гамолин // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2012. – № 4 (40). – 130-133.
2. Кулаков, В.И. Гистерэктомия и здоровье женщины / В.И. Кулаков, Л.В. Адамян, С.И. Аскольская. – М.: Медицина, 1999. – 311 с.
3. Brown, D.S., Hysterectomy revisited / D.S. Brown, M.I. Frazer // Aust. NZJ obstet. gynecol. – 1991. – Vol. 31. – P. 148.
4. Dicker, R.C. Hysterectomy among women of reproductive age: trends in the United States / R.C. Dicker, M.J. Scally, J.R. Greenspan // JAMA. – 1982. – Vol. 248. – P. 323-338.
5. Zekam, N. Total versus subtotal hysterectomy: a survey of gynecologists / N. Zekam, Y. Oyelese, K. Goodwin, C. Colin, I. Sinai, J. T. Queenan // Obstet Gynecol. – 2003. – № 102(2). – P. 301-305.

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У НОВОРОЖДЕННЫХ**

**Гурина Л.Н.<sup>1</sup>, Бурак Е.А.<sup>1</sup>, Денисик Н.И.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Гродненский государственный медицинский университет

<sup>2</sup>Гродненская областная детская клиническая больница

**Актуальность.** В последние годы отмечена тенденция к увеличению количества новорожденных с нарушениями сердечного ритма. Нарушения ритма сердца (НРС) в периоде новорожденности, по данным публикаций разных авторов, встречаются у 1–3% детей. Следует помнить, что нарушения

сердечного ритма в периоде новорожденности часто имеют транзиторный характер, благоприятное течение, не требуют лечения. Изучение клинических форм нарушений сердечного ритма у новорожденных позволит расширить кругозор врачей о возможных нарушениях сердечного ритма в периоде новорожденности [1, 2].

**Цель исследования** – дать клиническую характеристику нарушений сердечного ритма у детей раннего возраста.

**Материалы и методы.** Группу наблюдения составили 55 новорождённых детей с нарушениями сердечного ритма, находившихся на стационарном лечении во 2-м педиатрическом отделении УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» в 2012-2019 гг. Данные анамнеза, клинической характеристики группы получены в результате анализа сведений из медицинской документации форма № 003/у-7 «Медицинская карта стационарного пациента».

**Результаты и обсуждение.** Всего во 2-м педиатрическом отделении пролечено за период исследования 5971 новорождённых. Общее количество детей за исследуемый период, с установленными нарушениями сердечного ритма – 55, что составило 0,94% от общего числа новорождённых, находившихся в условиях нашего стационара. При этом существенного различия по полу установлено не было, мальчики составили 51,1%, девочки – 48,9%, ( $p > 0,5$ ), городские жители по сравнению с сельскими 68,1% против 31,9%, соответственно ( $p < 0,05$ ).

При оценке гестационного возраста определено, что практически все дети родились в срок и только 4 ребенка были недоношенными 30 и 34 недели, что составило 7,2%. Параметры физического развития не выходили за пределы 10 и 90 перцентилей и соответствовали гестационному возрасту. Практически все дети родились без асфиксии, один новорожденный с гестационным возрастом 30 недель имел низкие баллы по шкале Апгар.

Нарушение ритма сердца стало проявлением таких патологических синдромов как экстрасистолия, пароксизмальная тахикардия, синусовая тахикардия, синусовая брадикардия, атриовентрикулярная блокада. При этом более чем у половины детей (65,9%) отмечались экстрасистолии, пароксизмальная тахикардия была диагностирована у 13,0% детей, атриовентрикулярные блокады имели 7,4% новорожденных с НРС, синусовая тахикардия составила 9,4%, синусовая брадикардия – 4,3%.

Следует отметить, что нарушения сердечного ритма у детей с экстрасистолиями, синусовыми тахикардиями, синусовыми брадикардиями были диагностированы на 2-3 сутки жизни методом аускультации. Приступы пароксизмальной наджелудочковой тахикардии диагностированы у детей, которые выписаны из родильных домов домой: на 5-6 и 27-29 сутки жизни.

Нарушения ритма сердца сочетались с врожденными пороками сердца у семи детей (12,7%). Наиболее часто, у 48,7% обследованных, нарушения сердечного ритма сочетались с изменениями со стороны центральной нервной системы. Синдром угнетения был отмечен в 23,1% случаев, синдром

возбуждения в 25,6%. Врождённые инфекции различных этиологий и локализации выявлены у 25,6% детей.

#### **Выводы:**

1. Наиболее частые нарушения сердечного ритма у новорожденных – экстрасистолии (65,9%).
2. Нарушения сердечного ритма чаще были у доношенных новорожденных, практически здоровых, в нашем исследовании у 95,0%. Все пациенты при рождении имели нормальные параметры физического развития.
3. Нарушение сердечного ритма статистически значимо чаще диагностированы у жителей города, по сравнению с пациентами, проживающими в сельской местности ( $p < 0,05$ ).

#### **Литература**

1. Бокерия, Е. Л. Перинатальная кардиология: настоящее и будущее. – в 2 ч. // Российский Вестник перинатологии и педиатрии. – Москва, 2019. – Часть II: Нарушения ритма сердца и проводимости. – С. 6-10.
2. Шарыкин, А. С. Перинатальная кардиология / А. С. Шарыкин. – М.: Волшебный Фонарь, 2007. – 259 с.

### **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ПРЕДЛЕЖАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ**

*Демина О.В.<sup>1</sup>, Новосад Е.А.<sup>1</sup>, Сайковская В.Э.<sup>1</sup>,  
Ганчар Е.П.<sup>2</sup>, Качук Н.В.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Гродненский областной клинический перинатальный центр

<sup>2</sup> Гродненский государственный медицинский университет

**Актуальность.** Предлежание плаценты является одной из важных проблем в современном акушерстве, так как аномалии расположения плаценты в нетипичном месте являются основной причиной массивных акушерских кровотечений [1, 2]. Кровотечения, возникающие во время беременности или в родах, характеризуются высоким риском материнской и перинатальной смертности. Материнская смертность при предлежании плаценты, по данным многих авторов, колеблется от 2,3 до 10,1% [1, 3], а перинатальная смертность варьирует от 22,2 до 41,7%, и она обусловлена недоношенностью, физиологической незрелостью плода. Предлежание плаценты, по данным литературы, встречается в 0,3-3,0% к общему числу родов [4, 5].

**Цель исследования:** определить частоту предлежания плаценты в учреждении здравоохранения «Гродненский областной клинический перинатальный центр» (УЗ «ГОКПЦ») – региональном перинатальном центре III уровня, за период 2013-2019 гг.; изучить особенности течения беременности и родов у женщин с предлежанием плаценты.