

ходов. Доля повторнородящих выше в группе с ожирением, что отчасти может быть связано с увеличением среднего возраста среди данной категории женщин.

Акушерско-гинекологический анамнез при ожирении чаще отягощен наличием рубца на матке после кесарева сечения, самопроизвольными выкидышами и abortами. Частота нарушений менструального цикла, миомы тела матки также увеличивается с ростом ИМТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ершевская, А.Б. Факторы метаболического программирования у детей с ожирением и предикторами метаболического синдрома / А.Б. Ершевская, Д.С. Богдашов // Вестник Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого. – 2016. – Т. 6. – № 97. – С. 55–58.
2. Кажина, М.В. Беременность на фоне ожирения: дебют метаболического синдрома матери и программирование метаболического синдрома плода (клиническая лекция) / М.В. Кажина // Репродуктивное здоровье Восточная Европа. – 2017. – № 6. – С. 1241–1250.
3. Guadet L. The effect of maternal class III obesity on neonatal outcomes: a retrospective matched cohort study / L. Guadet, X. Tu, D. Fell et al. // J. Matern. Fetal Neonatal Med. – 2012. – Vol. 25. – № 11. – P. 2281–2286.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ У ЖЕНЩИН С ЧРЕЗМЕРНЫМ ГЕСТАЦИОННЫМ ПРИРОСТОМ

Могильницкая О. Э., Бортник М. А.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Актуальность. Женщины в процессе родов испытывают сильную боль, интенсивность которой сильно варьирует в зависимости от эмоционального, психического, физического статуса женщины, факторов окружения. Боль обусловлена различными физиологическими факторами и запускает каскад биохимических реакций в организме женщины. Чрезмерная боль приносит страдание женщине и может нанести вред плоду. Эффективное и безопасное обезболивание родов крайне важная задача для современной медицины.

Цель. Провести анализ информированности беременных женщин с чрезмерным гестационным приростом массы тела о психологических и медикаментозных методах обезболивания родов

Методы исследования. Проведено анкетирование 52 первородящих женщин (средний возраст $26,4 \pm 0,13$ года) с чрезмерным гестационным приростом массы тела.

Критерии включения: возраст 20-32 лет, удовлетворительное состояние плода по данным ультразвукового исследования (УЗИ), допплерометрии и кардиотокографии (КТГ), отсутствие противопоказаний для родов через естественные родо-

вые пути, отсутствие соматических заболеваний, информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения: средняя и высокая степень акушерского и перинатального риска, наличие плацентарных нарушений, наличие соматических заболеваний в стадии обострения, отказ от участия в исследовании.

Исследование проводилось с использованием анкетирования. Опрос проводился однократно перед родами в сроке 38-40 недель гестации и затем на 1-2 сутки после родов через естественные родовые пути.

В исследовании использовалась шкала, применяемая для субъективной оценки боли – цифровая шкала с нумерацией от 0 до 10 баллов; 0 баллов означает отсутствие боли, 10 баллов нестерпимую боль. Шкала была разбита на 5 подгрупп: 0-1 балл – отсутствие боли или незначительные ощущения, 2-3 балла – умеренная боль, 4-6 баллов – боль средней интенсивности, 7-8 баллов – значительная боль, 9-10 баллов – боль сильная и нестерпимая.

Дополнительно оценивалось отношение беременных женщин к обезболиванию родов:

- «я не планирую применять обезболивание в родах»;
- «я хочу попробовать рожать без обезболивания, но, если потребуется, прошу меня обезболить»;
- «я целиком доверяю решение вопроса об обезболивании акушеру-гинекологу»;
- «я хочу рожать только с обезболиванием».

Проводился анализ информированности женщин о методах обезболивания в родах:

- медикаментозные методы обезболивания (проведение эпидуральной анестезии);
- использование дыхательных методик и методов релаксации;
- «я целиком доверяю выбор метода обезболивания медицинскому персоналу»;
- «я не владею информацией по методам обезболивания».

В послеродовом периоде оценивались частота обезболивания в родах, использованный вид обезболивания, степень удовлетворенности выбранным методом обезболивания по 5 балльной системе с вербализацией оценок: 5 - очень хороший эффект, 4 - вполне удовлетворительно, 3 - не совсем эффективно, 2 – малоэффективно, 1 - вообще нет никакой разницы.

Общее впечатление о прошедших родах проводили условно с использованием рубрик «отлично», «вполне удовлетворительно», «плохо».

Основные эмоциональные переживания в прошедших родах женщины выражали в произвольной форме.

Результаты и их обсуждение. Анализ анкетирования беременных перед родами в сроке от 37 до 40 недель гестации относительно их отношения к обезболи-

ванию в родах показал, что 18,3% обезболивание в родах не планировали, 7,1% предполагали обезболивание в процессе активной родовой деятельности зависимости от ситуации, 16,4% целиком доверяли решение вопроса об обезболивании акушеру-гинекологу и 58,2% хотели рожать только с обезболиванием.

Предполагаемую родовую боль оценили в 0-1 балла (отсутствие или незначительные болевые ощущения) 2,8% женщин, в 2-3 балла (умеренная боль) – ожидали 18,6% беременных женщин, в 4-6 баллов (боль средней интенсивности) – 21,9%, в 7-8 баллов (значительная боль) – ожидали 56,7% женщин; сильную и нестерпимую боль не ожидал никто.

У 55,3% обследуемых женщин проводилось обезболивание в родах медикаментозными средствами. Эпидуральная анестезия применялась в 12,1% случаях. В 32,6% случаев обезболивание не применялось.

После родов родовую боль в 0-3 балла не оценил никто из женщин, в 4-6 баллов – 9,7% родильниц, в 7-8 баллов – 28,7%, 61,6% женщин охарактеризовали боль как сильную и нестерпимую.

Из группы женщин с ожиданием боли средней интенсивности в 4-6 баллов 41,2% испытывали сильную и нестерпимую боль в 9-10 баллов. Из группы с ожиданием значительной боли в 7-8 баллов 53,4% испытывали сильную и нестерпимую боль в родах в 9-10 баллов.

Установлено, что женщины, не планирующие обезболивание в родах, лишь в одном случае испытывали сильную боль, что составляет 18,2% от их числа.

Женщины целиком доверившие этот вопрос акушеру-гинекологу (7 человек) лишь в 2-х случаях не испытывали сильной боли, то есть 71,5% из этой группы испытывали сильную или нестерпимую боль.

Женщины, которым проводилось обезболивание, в 47,1% случаев отметили слабую эффективность обезболивания в 1-3 балла.

Во всех случаях использования эпидуральной анестезии в родах отмечалась удовлетворенность методом в 4-5 баллов.

Основным переживанием во время родов у 52,9% женщин явилась боль, 1,3% женщин остался не удовлетворен действиями медицинского персонала настолько, что обозначили это основным переживанием в родах, 7,1% женщин высказали удовлетворение работой медицинского персонала 7, и только для 38,7% женщин основным эмоциональным переживанием явилось рождение ребенка.

Общее впечатление о прошедших родах все опрошенные женщины распределили следующим образом: «отлично» – 9,7%, «вполне удовлетворительно» – 84,1%, «плохо» – 6,2% .

Выводы. 1.Установлено, что у первородящих женщин с чрезмерным гестационным приростом фактические ощущения в родах значительно превосходят ожидаемые, что следует учитывать в программах психопрофилактической подготовки к родам.

2. Несоответствие ожидаемых ощущений в родах физической сильной боли при общем настрое на естественные, и безболезненные роды может приводить к чувству неудовлетворенности от родов, от самой себя и от действий медицинского персонала. Только 38,7% родивших женщин назвали основным эмоциональным переживанием в родах рождение ребенка.

3. Установлена низкая информированность женщин о возможных методах обезболивания, как медикаментозных, так и немедикаментозных

ЛИТЕРАТУРА

1. Aziato, L. Labour pain experiences and perceptions: a qualitative study among post-partum women in Ghana / L. Aziato [et al.] // BMC Pregnancy and Childbirth. 2017; 17: 73.

2. Klomp, T. Inhaled analgesia for pain management in labour / T. Klomp [et al.] // Cochrane Database of Systematic Reviews 2012; Issue 9. Art. No.: CD009351. DOI: 10.1002/14651858.CD009351.pub2.

СОДЕРЖАНИЯ ВИТАМИНА Д У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО И ПЕРИ-МЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Могильницкая О. Э., Семенцова С. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Актуальность. В настоящее время проблема дефицита витамина D является одной из самых распространенных практически во всех странах мира. Это можно объяснить тем, что лишь малая часть населения подвергается достаточной инсоляции либо принимает витамин D в профилактических (при необходимости и в лечебных) дозах препараты витамина D. Исследования последних лет было доказано, что витамин D играет огромную роль в организме человека [1]. Если изначально недостатку этого витамина приписывалась лишь роль в развитии остеопороза, то в настоящее время известно, что велика роль недостатка витамина D в развитии ряда заболеваний сердечно-сосудистой системы, аутоиммунной патологии, дисфункции иммунитета и многих других видов патологии [2]/

Известно, что классическим эффектом витамина D является регуляция кальциево-фосфорного обмена в организме. На тканевом уровне это заключается в нормализации гомеостаза кости и обеспечении равновесия между синтезом и резорбцией костных элементов. Дефицит витамина D и изменение активности гормонов, регулирующих обмен кальция в крови (кальцитонин, паратгормон) играют огромную роль в развитии остеопороза. Экспертами IOF (международной федерации остеопороза) оценена распространенность остеопороза следующим образом: после 50 лет остеопорозом страдает каждая третья женщина и каждый пятый мужчина [1, 3]. По данным ВОЗ, остеопороз занимает четвертое место в структуре