

операции – не более 20 минут, меньшей кровопотерей – не более 50 мл, меньшей интравазацией раствора глюкозы – не более 500 мл и отсутствием необходимости осуществления интраоперационного лапароскопического и ультразвукового контроля, так как резецируемую структуру можно было расценивать как узлы 0 и I типов. Осложнений в послеоперационном периоде не было. Менструальная функция нормализовалась в течение года наблюдения у всех 9 пациенток, которым планировалось сохранение менструальной функции. У одной женщины после абляции эндометрия отмечена стойкая аменорея.

Таким образом, этапная резекция субмукозных миоматозных узлов глубокого залегания позволяет безопасно и эффективно проводить их полное удаление. Развивая этапный метод резекции узлов, мы пришли к выводу о возможности проведения II этапа резекции через 2 месяца после I этапа на фоне проводимой гормональной терапии. Условия для осуществления II этапа – данные ультразвукового исследования, свидетельствующие о «рождении» оставшейся части узла в полость матки, а также гладкое течение послеоперационного периода.

Выводы:

1. Трансвагинальная миомэктомия – альтернативный, малоинвазивный метод лечения субмукозной миомы матки.
2. Для повышения эффективности оперативного лечения субмукозной миомы в предоперационном периоде назначать агонисты гонадотропин-рилизинг гормонов.
3. При субмукозной миоме матки II типа более 4 см показано радикальное хирургическое вмешательство.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА К ПАРТНЕРСКИМ РОДАМ

Гимпель О. В., Зверко В. Л., Новосад Е. А., Добрук Е. Е., Полудень Н. Б.

УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,

г. Гродно, Беларусь

Актуальность. Многие годы считалось, что рождение ребенка – это чисто женское дело, кто-то даже до сих пор придерживается такого мнения. Однако в перинатальном центре уже давно приветствуются партнерские роды, так как они имеют преимущество перед традиционными родами.

Участие мужа в процессе беременности и в родах считается не только естественным, но и необходимым, ведь между отцом и ребенком устанавливаются очень прочные отношения и нежная привязанность. Считается, что такие отцы отличаются исключительной заботливостью, искренней горячей заинтересованностью во всем, что касается ребенка. Если мужчина и женщина, зачавшие в любви ребенка, не хотят разлучаться и во

время родов, то этот шаг заслуживает глубокого уважения и всяческой поддержки.

Цель – изучение влияния присутствия партнера во время родов на психологическое состояние роженицы.

Материалы и методы. В поликлинике учреждения здравоохранения «Гродненский областной клинический перинатальный центр» все пары, пожелавшие рожать вместе, проходят совместные курсы подготовки к партнерским родам, которые включают, кроме консультации у врача-акушера-гинеколога и неонатолога, обязательно консультацию у врача-психотерапевта. В доступной форме врач-психотерапевт объясняет, что партнерские роды – это не только физическое присутствие мужа, а сохранение в них внутренней атмосферы семьи, когда нет сторонних наблюдателей, каждый сознает важность собственной роли и активно участвует в процессе появления малыша. Психологическая поддержка роженицы и понимание не менее важны, чем практическая помощь, которую обеспечивает медицинский персонал.

Результаты и обсуждение. Роды – это стресс для женщины. Каждый человек, попадая в незнакомую обстановку, окруженный незнакомыми людьми, будет испытывать дискомфорт и страх, а тем более, если это рожаящая женщина, да еще если это первые роды! Так устроен организм человека, что испытывая чувство тревоги и страха, автоматически происходит мышечное напряжение, которое сопровождается болевыми ощущениями. И обратная ситуация, мышечное расслабление способствует подавлению всех эмоций, в том числе и страха. Поэтому первоочередная задача при подготовке к родам – научиться сознательно вызывать состояние релаксации.

Релаксация – это состояние организма, когда мышечный тонус всего тела снижен до минимума. Если женщина пребывает в напряжении, то в напряжении пребывают и мышцы промежности. Мать сама закрывает «двери» своему рождающемуся ребенку, он как через щелочку в дверях, проходит по родовым путям: и маме больно, и ему некомфортно. И наоборот, если роженица способна расслабиться в промежутках между схватками, можно обнаружить значительное уменьшение болевых ощущений. Присутствие родного человека обеспечивает сохранение внутреннего спокойствия и вселяет уверенность в собственных силах. Партнер позволяет в промежутках между схватками отвлечься и расслабиться роженице, вместе погружаясь в приятные и яркие воспоминания из жизни или фантазии, мысленно перенестись в приятную обстановку и «подпитаться» там положительной энергетикой. Телесный контакт в виде поглаживания живота, конечностей, спины, особенно поясницы роженицы и надавливание на биологически активные точки способствует релаксации и уменьшает болезненность схватки.

Выводы. Таким образом, психологическая подготовка к партнерским родам – это комплексный метод подготовки беременной женщины и партнера к родам с целью предоставления в доступной форме разносторонней информации о предстоящих родах и, как следствие, уменьшение страха, дискомфорта, неуверенности в себе и облегчение родов. Адекватная дородовая подготовка

изменяет сознание беременной женщины и устраняет физиологические недомогания.

Готовиться к родам – значит, находить время для еще нерожденного ребенка, прислушиваться к своему организму и собственным ощущениям, подготовиться к сильным эмоциям, которые связаны с предстоящим родоразрешением и материнством.

Литература

1. Сидоренко В. Н., Гомон Е. С., Пушкарев А. Л. Инструкция по психопрофилактической подготовке беременных женщин к родам / Минск, 2004.
2. Добряков И. В. Перинатальная психология. — СПб.: Питер, 2010. — 272 с.
3. Филиппова, Г. Г. От перинатальной психотерапии – к репродуктивной психологии: современные тенденции развития модальности. Г. Г. Филиппова, Е. Ю. Печников // Психотерапия. – № 9 (141). – Выпуск № 1. – 2014. – С. 36-41.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СЕМЕЙНОГО СЛУЧАЯ ГЕНЕТИЧЕСКОГО СИНДРОМА, ВКЛЮЧАЮЩЕГО АНОМАЛАД ПЬЕРА РОБЕНА

Главацкая Е. Н.¹, Зверко В. Л.¹, Прибушня О. В.², Мотюк И. Н.¹, Новосад Е. А.¹, Добрук Е. Е.¹

¹УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,
г. Гродно, Беларусь

²ГУ Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»,
г. Минск, Беларусь

Актуальность. Аномалад Пьера Робена (OMIM 261800), впервые описанный в 1923 г. французским стоматологом Пьером Робеном, возникает из-за нарушения формирования нижней челюсти, что вызывает смещение языка кзади и в свою очередь препятствует смыканию небных пластинок и приводит к формированию расщелины неба [1]. Симптомокомплекс включает триаду признаков: гипоплазию нижней челюсти (микрогению), дугообразную расщелину неба, или готическое небо, западение языка (глоссоптоз). Западение языка является причиной нарушения функции дыхания сразу после рождения.

Популяционная частота аномалада Пьера Робена – 1:8500-14000, соотношение полов – М1:Ж1. Аномалад Пьера Робена может быть как изолированной патологией, так и составной частью большого количества генетических заболеваний. Изолированные случаи в основном спорадические, развиваются в результате дизрупции/деформации на этапе эмбриогенеза [1]. В 36% случаев сочетается с пороками развития других органов и систем. Наиболее часто встречаются сочетания с аномалиями ушной раковины и внутреннего уха, с аномалиями глаз, с врожденными пороками сердца, с