

новшеств в родоразрешении, раскрытие положительных и отрицательных сторон.

#### Литература

1. Баев, О.Р. Современные тенденции развития техники операции кесарева сечения / О.Р. Баев, М.В. Рыбин // Акушерство и гинекология.-1997. - №2. - С.52-54.

2. Братина, Н.М. Психологическая готовность женщины к родам: актуальность проблемы/ Н.М. Братина // Проблемы социальной психологии XXI столетия. - Т.1. / Под ред. Козлова В.В. - Ярославль, 2004. - С.133-134.

3. Некоторые актуальные вопросы акушерства / Г. М. Савельева, Е. Я. Караганова, М. А. Куцер [и др.] // Акушерство и гинекология. - 2006.- № 3. - С. 3- 7.

4. Чернуха, Е.А. Партнёрство в родах / Е.А.Чернуха, Н.А. Короткова//Акушерство и гинекология. 2003. - № 6. - С.56-58.

## ПОСТНАТАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ НОВОРОЖДЕННЫХ, ИЗВЛЕЧЕННЫХ ПУТЕМ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ

<sup>1</sup>Пальцева А.И., <sup>2</sup>Русина А.В., <sup>2</sup>Воронько С.Л., <sup>2</sup>Шор-Ярошевич А.И.

<sup>1</sup>УО «Гродненский государственный медицинский университет»

<sup>2</sup>УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»

*Актуальность* изучения особенностей адаптации новорожденных извлеченных путем операции кесарево сечения обусловлено прежде всего тем, что в современном акушерстве кесарево сечение – наиболее часто проводимая родоразрешающая операция (1,2). Частота её зависит от многих факторов – профиля и мощности родовспомогательного учреждения, характера акушерской и экстрагенитальной патологии у госпитализированных беременных и рожениц, квалификации врачей. Увеличение частоты операций кесарево сечения связано с расширением показаний к оперативному родоразрешению в интересах плода, что имеет значение для снижения перинатальной заболеваемости и смертности. Согласно статистике, охватывающей более 30 стран различных континентов, средняя частота кесарева сечения составляет 21%, т.е. каждый пятый ребенок рождается оперативным путем. По данным ВОЗ в Америке и Австралии 29-30% всех младенцев рождаются путем кесарева сечения. В Индии, Китае, Бразилии удельный вес операции кесарево сечения приближается к

40-50% (3). В течение 2014 года частота кесарева сечения в УЗ «ГОКПЦ» составила 36,8 %. В раннем неонатальном периоде у детей извлеченных путем операции кесарева сечения наблюдается большая частота дисбиоза различной локализации. Они вскармливается молоком матери, получающей антибактериальную терапию (4). Наблюдающееся увеличение частоты кесарева сечения диктует необходимость изучения влияния оперативного извлечения ребенка на процессы его ранней адаптации.

*Цель исследования:* изучить особенности адаптации пищеварительной системы новорожденных извлеченных путем кесарева сечения при переходе их на лактотрофное питание.

*Методы исследования:* под наблюдением находилось 67 новорожденных извлеченных кесаревым сечением (I группа) и 30 детей родившееся через естественные родовые пути (II, контрольная группа). У всех новорожденных проводилось исследование состояния гидролиза лактозы и всасывания углеводов из желудочно-кишечного тракта методом гликемических кривых и хроматографии сахаров в кале и моче. Изучение уровня глюкозы натощак у этой группы детей выявило снижение его в сравнении аналогичным показателем у детей контрольной группы ( $3,4 \pm 0,1$ , и  $3,8 \pm 0,1$  ммоль/л,  $p < 0,01$ ). У 70,1% новорожденных первой группы выявлено снижение подъема гликемии при проведении лактозотолерантного теста ( $p < 0,001$ ). Однако хорошая лактазная активность по данным гликемических кривых получена у детей тех матерей, операция кесарева сечения которым проводилась в плановом порядке в условиях отсутствия гипоксии плода. Хроматографическое исследование уровня сахаров в стуле и моче новорожденных после кесарева сечения выявило достоверно большее выделение лактозы со стулом ( $13,2 \pm 1,4$  и  $4,2 \pm 1,4$  г/л, соответственно,  $p < 0,001$ ) и мочой ( $1,8 \pm 0,17$  и  $0,7 \pm 0,1$  г/л, соответственно,  $p < 0,001$ ), в то время как уровень галактозы, выделяемой с калом у этих новорожденных был достоверно ниже ( $2,2 \pm 0,3$  и  $5,9 \pm 1,6$  г/л, соответственно,  $p < 0,05$ ). У детей, которые перенесли гипоксическое состояние, что и явилось показанием к оперативному родоизвлечению, уровень лактозы в кале был вдвое выше, чем у тех новорожденных оперативное родоизвлечение которых проводилось в плановом порядке ( $16,3 \pm 2,0$  и  $8,8 \pm 1,9$  г/л,  $p < 0,01$ ). Негидролизованная лактоза может всасываться в кишечнике в зна-

чительных количествах и у новорожденных после кесарева сечения концентрация ее в моче была в 2,5 раза выше. У 79,5 % новорожденных выявленная сниженная лактазная активность кишечника сопровождалась повышенным беспокойством ребенка, умеренным вздутием живота, учащением и разжижением стула, снижением рН кала до 4,5 – 5,0. Физиологическая убыль в массе тела детей первой группы была достоверно большей, чем у детей родившихся через естественные родовые пути ( $5,3 \pm 0,35\%$  и  $3,9 \pm 0,38\%$ ,  $p < 0,01$ ). Обследование младенцев в катамнезе 2-12 месяцев показало, что выявленные нарушения лактазной активности кишечника у 64 % детей носили стойкий характер. Учитывая повышенное содержание лактозы в стуле и моче новорожденных, извлеченных кесаревым сечением, нами проведено определение углеводного состава молока 30 их матерей ежедневно в течение 10 суток. Концентрация лактозы в молоке постепенно возрастала со 2-х по 5-е сутки жизни (с  $19,4 + 1,6$  г/л до  $50,5 + 4,55$  г/л), однако ее уровень на первой неделе лактации был достоверно ниже уровня в молоке женщин, родивших своих детей через естественные родовые пути. Только к десятым суткам после родов содержание лактозы в молоке женщин исследуемой группы достигал уровня в молоке женщин контрольной группы ( $60,2 + 3,89$  г/л и  $63,8 + 2$  г/л,  $p > 0,05$ ). Обращают на себя внимание большие индивидуальные колебания концентрации лактозы по суткам лактации, а также отсутствие плавности ее прироста с каждым последующим днем. Из моносахаров только глюкоза определялась в молоке у 1/3 женщин после оперативного родоразрешения, начиная с 4-х суток лактации в концентрации  $5,1 \pm 1,0$  г/л, в то время как у женщин, у которых роды проводились через естественные родовые пути, спектр определяемых моносахаров в молоке был гораздо разнообразнее – глюкоза, галактоза, фруктоза. Мы наблюдали как бы «отсроченную» лактацию у матерей после кесарева сечения, а углеводный состав молока практически достигал спектра молока женщин контрольной группы лишь к десятым суткам лактации.

Таким образом, сниженный уровень лактозы в молоке женщин после кесарева сечения может быть одной из причин снижения уровня глюкозы в крови их новорожденных, что необходимо

учитывать в период ранней постнатальной адаптации и контролировать уровень гликемии.

Напряженное течение процессов адаптации желудочно-кишечного тракта новорожденных извлеченных кесаревым сечением свидетельствует о необходимости выделения их в особую группу медицинского наблюдения, диспансерное наблюдение по индивидуальному плану, предусматривающему контроль над желудочно-кишечным трактом новорожденных. Наблюдение и обследование новорожденных в динамике свидетельствуют, что данные изменения носят стойкий характер, могут быть одной из причин формирования хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта, в связи, с чем требуют проведения ранних корригирующих мероприятий.

#### Литература

1. Кулаков В.И. «Современный взгляд на проблему кесарева сечения» / В.И.Кулаков, Е.А. Чернуха.// Материалы I регионального научного форума «Мать и дитя» Казань, 2007, с.85-88.

2. Логутова Л.С. «Современные тенденции в родоразрешении»/ Л.С.Логутова, К.Н.Ахвледиани // Материалы I регионального научного форума «Мать и дитя» Казань, 2007, с.95-96.

3. Кравченко В.П. «Сравнительная оценка развития детей, рожденных с помощью кесарева сечения и путем естественных родов». Педиатрическая фармакология 2009, том 6, 1. с 99-100.

4. Ахмадеева Э.Н., Амирова В.Р., Брюханова О.А. «Особенности микробного пейзажа новорожденных в зависимости от способа родоразрешения». Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2006, 5, 19-21.

## СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА

<sup>1</sup>Пальцева А.И., <sup>2</sup>Мотюк И.Н., <sup>2</sup>Мартынич Д.И., <sup>1</sup>Синица Л.Н.

<sup>1</sup>УО «Гродненский государственный медицинский университет»

<sup>2</sup>УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»

*Актуальность.* Английский врач Джон Лэнгдон Даун первый в 1862 году описал и охарактеризовал синдром, впоследствии названный его именем, как форму психического расстройства. Мэте Риволла из университета Бордо обнаружила в некрополе возле церкви в Шалон-сюр-Сон останки ребёнка с характерными для синдрома Дауна (СД) аномалиями, жившего около 1500 лет назад, что является самым древним известным случаем СД.