

Тбилисский Государственный Медицинский Университет

На правах рукописи

Заза Бохуа

**ОЦЕНКА ВНЕДРЕНИЯ НОВЫХ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИИ В
РОДИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ**

14.00.19 – Медицинская радиология и рентгенология

**Диссертационная работа на соискание учёной степени кандидата
медицинских наук**

**Научные руководители: *Тенгиз Асатиани*, Доктор Медицинских Наук,
Ассоциированный профессор, Главный Эксперт
Министерство Труда Здравоохранения и
Социальной Защиты Грузии
Акакий Надареишвили, Доктор Медицинских
Наук, профессор**

Тбилиси 2006

СОДЕРЖАНИЕ

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ.

ВВЕДЕНИЕ.

ГЛАВА I. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.

1.1. Этапы совершенствования организации работы родовспомогательных стационаров.

1.2. Применение МРТ для диагностики некоторых перинатальных и акушерских патологий.

1.3. Значение грудного вскармливания для течения послеродового периода родильниц и состояния здоровья новорожденных.

ГЛАВА II. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

2.1. Магнитно-резонансная томография.

2.2. Клинический метод обследования рожениц и их новорожденных детей.

2.3. Лабораторные методы исследования.

2.4. Инструментальные методы исследования.

2.5. Статистические методы исследования.

ГЛАВА III. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

3.1. Разработка и внедрение в практику родовспоможения новых форм перинатального ухода.

3.1.1. Организация совместного пребывания родильниц и новорожденных в родильном стационаре.

3.1.2. Особенности перепланировки и оснащения отделений. Работа палат совместного содержания родильниц и новорожденных и медицинского персонала.

3.2. Особенности течения послеродового периода и состояние здоровья родильниц в зависимости от принципов послеродового обслуживания.

3.2.1. Клиническая характеристика родильниц.

3.2.2. Динамика процессов инволюции матки. Послеродовая инфекционная заболеваемость родильниц.

3.2.3. Особенности становления лактации у родильниц в условиях применения новых перинатальных технологий.

3.3. Адаптация новорожденных в условиях применения новых перинатальных технологий.

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ.

ВЫВОДЫ.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.

ПРИЛОЖЕНИЯ.

ЛИТЕРАТУРА.

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ

БГМ	Болезнь гиалиновых мембран
БДОР	Больницы доброжелательного отношения к ребенку
ВЖК	Внутрижелудочковые кровоизлияния
ВОЗ	Всемирная Организация Здравоохранения
ВПР	Врожденный порок развития
ГВ	Грудное вскармливание
ГКБ	Городская клиническая больница
ГМ	Грудное молоко
ГСИ	Гнойно-септические заболевания
ЗВУР	Задержка развития внутриутробного плода
ИВ	Искусственное вскармливание
ИГВ	Исключительно грудное вскармливание
МТЗСЗ	Министерство Труда Здравоохранения И Социальной Защиты
МТ	Масса тела
МРТ	Магнитно-резонансная томография
ОКИ	Острая кишечная инфекция
ОПБ	Отделение патологии беременных
ОПН	Отделение патологии новорожденных
ОРВИ	Острая респираторная вирусная инфекция
ОРИ	Острая респираторная инфекция

ОРИТ	Отделение реанимации и интенсивной терапии
ПГВ	Преимущественно грудное вскармливание
РНС	Ранняя неонатальная смертность
СГВ	Смешанное грудное вскармливание
СОЗ	Служба Общественного Здравоохранения
УЗИ	Ультразвуковое исследование
ФПН	Фетоплацентарная недостаточность
ЦРЗ	Центр Репродуктивного Здоровья имени Жордания
ЦКМТ	Центр Клинической Медицины г. Тбилиси

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы.

Сохраняющаяся высокая материнская и перинатальная заболеваемость и смертность в Грузии [1], а также высокий уровень послеродовой инфекционной заболеваемости родильниц и новорожденных обязывают медиков изыскивать новые формы перинатальных технологий для улучшения службы родовспоможения [2].

Многие руководители родовспомогательных стационаров убеждены в том, что изменить существующую ситуацию можно только путем оснащения родильных домов современной дорогостоящей медицинской аппаратурой. Между тем известно, что в экономически развитых странах успехи в снижении материнской и перинатальной смертности достигнуты не только путем использования высокой перинатальной технологии. Многие условия, если не подавляющее их большинство, приводящие к ухудшению здоровья матерей и новорожденных, могут быть предупреждены или устранены без применения сложных и дорогих методов диагностики и лечения. Для этого необходимо глубокое понимание научно доказательных подходов к ведению беременности и родов, психологических и физиологических потребностей родильниц и новорожденных после родов и в первые дни постнатального периода. Все это предусматривает, в первую очередь, создание комфортных условий окружающей среды, способствующих нормальному течению беременности, становлению физиологического биомеханизма родов у роженицы, а у

новорожденных - предупреждению "срывов" адаптации к изменившимся условиям внеутробной жизни.

Такие условия можно создать путем внедрения в практику новых форм перинатальных технологий, эффективных современных методов диагностики патологии беременности и определения их влияния на оптимизацию родов, послеродового и раннего неонатального периода; внедрения 10 -ти принципов перинатального ухода, рекомендуемого ВОЗ [3] и "Инициативы за больницы доброжелательного отношения к ребенку" (ИБДОР)ВОЗ/ЮНИСЕФ [4].

Теоретической предпосылкой к внедрению рекомендаций ВОЗ и ЮНИСЕФ являются установленные рядом авторов преимущества психологической подготовки беременных к родам и грудному вскармливанию (ГВ), предпочтительность первичного заселения новорожденного при совместном пребывании с матерью штаммами микрофлоры, сапрофитирующей в материнском организме, а также уникальные свойства молозива и грудного молока (ГМ), обеспечивающие не только оптимальное питание, но и обладающие множеством уникальных преимуществ, направленных на сохранение здоровья как младенца, так и матери [5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14].

Однако, в современной медицинской литературе имеются единичные работы по научному обоснованию эффективности внедрения в практику выше указанных мероприятий и новых организационных форм родовспоможения и их влияния на оптимизацию исходов беременности и родов, на течение послеродового и раннего неонатального периодов. Не разработаны оптимальные варианты улучшения основных показателей родовспоможения: снижение колонизации родильницы и новорожденного нозокомиальной флорой, возможности профилактики заболеваемости матерей и их новорожденных детей, оптимизации процессов лактации и адаптации в послеродовом периоде.

Согласно современным подходам решения данной проблемы помимо УЗИ (2 и 3-мерного), в сомнительных случаях применяется метод магнитно-резонансной томографии для уточнения диагноза патологии плода и матери[134].

Научное обоснование приоритетных задач акушерства и перинатологии имеет важное значение для науки и практики здравоохранения в плане снижения материнской и неонатальной заболеваемости и смертности, что определяет актуальность темы данного исследования.

Цель исследования:

Научно обосновать эффективность новых вышеуказанных форм перинатальных технологий и методов диагностики состояний беременной и плода определить их влияние на оптимизацию течения родов, послеродового и раннего неонатального периодов.

Задачи исследования:

1. Разработать оптимальные формы организации совместного содержания матери и ребенка в родильном стационаре.
2. Изучить влияние специальной дородовой подготовки беременных к родам и грудному вскармливанию.
3. Изучить особенности течения послеродового периода: инволюцию послеродовой матки, становление лактации, уровень послеродовой заболеваемости в условиях внедрения новых перинатальных технологий и установить их корреляционную зависимость.
4. Установить эффективность МРТ исследования для диагностики некоторых форм перинатальной и акушерской патологии и ведения родов.
5. Изучить процессы адаптации новорожденных, уровень и структуру их инфекционной заболеваемости в условиях внедрения новых перинатальных технологий.
6. Определить экономический эффект внедрения новых перинатальных технологий в практику родовспомогательного стационара.

Научная новизна:

1. Впервые научно обосновано и доказано влияние новых перинатальных технологий на оптимизацию процессов инволюции матки, послеродовой кровопотери, становление лактации и снижение инфекционной заболеваемости родильниц и новорожденных
2. Впервые показана возможность контроля за процессом становления лактации по ширине млечных протоков грудных желез.

3. Доказано, что у младенцев с ранним контактом "кожа к коже" с матерью и исключительно грудным вскармливанием процессы адаптации во внеутробных условиях жизни протекают более благоприятно, чем у детей с отдельным содержанием и фаза дисбиоза у них не затягивается более пяти дней, чем и определяется их низкая инфекционная заболеваемость.
4. Впервые научно обоснована эффективность и безопасность применения МРТ с целью диагностики некоторых форм перинатальной и акушерской патологии.
5. Доказана экономическая эффективность внедрения в практику работы родовспомогательного учреждения новых форм перинатальных технологий.

Практическая значимость работы:

1. Внедрение применения МРТ с целью уточнения диагноза некоторых форм перинатальной и акушерской патологии и
2. Внедрение новых перинатальных технологий в практику родовспомогательного стационара способствует снижению перинатальной смертности, заболеваемости новорожденных, обеспечивает ускорение процессов инволюции матки, уменьшение послеродовой кровопотери, снижение гнойно-септических послеродовых заболеваний родильниц.
3. Дородовая подготовка беременных к родам и грудному вскармливанию способствует снижению частоты поздних гестозов, угрозы прерывания беременности, частоты ЗВУР, ОРВИ, аномалий родовой деятельности и оперативного родоразрешения.
4. Внедрение новых форм организации работы в практику родовспомогательных учреждений сокращает сроки пребывания родильниц и новорожденных в родильном доме и приводит к значительной экономии финансовых ресурсов.

Положения, выносимые на защиту:

1. Оптимальной формой организации работы родовспомогательного стационара является совместное содержание матерей и новорожденных, обеспечивающее высокий медико-социальный и экономический эффект путем повышения выживаемости новорожденных, снижения заболеваемости как младенцев, так и их матерей.
2. Новые формы перинатальных технологий обеспечивают благоприятное течение послеродового периода, о чем свидетельствует улучшение ряда показателей: ускорение инволюции послеродовой матки, достоверное снижение послеродовой кровопотери, лактационных маститов, генитальных послеродовых заболеваний.
3. МРТ является эффективным и безопасным методом диагностики некоторых форм перинатальной и акушерской практики.
4. В условиях внедрения новых перинатальных технологий процессы адаптации новорожденных протекают благоприятно и характеризуются ускоренным восстановлением первоначальной массы тела, формированием колонизационной резистентности к условно-патогенным и патогенным штаммам, что предупреждает реализацию инфекционных заболеваний.

ГЛАВА I

СОВРЕМЕННЫЕ ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. Этапы совершенствования организации работы родовспомогательных стационаров

Действующие на определенном этапе развития общества принципы организации стационарной акушерской помощи отражают не только характер отношения общества к женщине - матери и ее ребенку, но и уровень знаний, возможности медицинской и социальной помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным.

На территории бывшего Советского Союза, в том числе и Грузии, длительное время использовалась традиционная организация работы акушерских стационаров.

Поскольку основным источником инфекции считались матери, то продолжительное пребывание детей с ними признавалось более опасным, чем нахождение под опекой медицинского персонала в палатах новорожденных, которые зачастую были большими и многоместными [20, 21].

Новые направления в борьбе с послеродовыми инфекциями определились установлением их бактериальной природы, источников возникновения и путей распространения [22, 23, 24, 25, 26]. Работами Murray Enkin, Marc J.N.C. Keirse, Jim Neilson и др. [27, 28, 29] установлено, что постоянным резервуаром и источником инфицирования родильниц и, особенно, новорожденных является персонал родильных домов, сам инфицированный внутрибольничными штаммами микробов и инфицирующий все, что с ним соприкасается, вплоть до членов своих семей.

Новорожденные, лишенные микрофлоры в условиях внутриутробного развития в стерильной матке, с первых часов жизни колонизируются микрофлорой окружающей среды, в результате чего к исходу первых суток жизни госпитальные штаммы обнаруживаются у 19%-66,8% новорожденных детей [30, 31, 32, 33, 34, 35].

Путем фаготипирования Долгопольская А.М. и Давидович Е.Р. [36, 37, 38] идентифицировали выделенные у детей штаммы микроорганизмов, к которым прежде всего относились стафилококки с фаготипами, циркулирующими у персонала. Это послужило теоретической предпосылкой предложений о санации персонала и проведений комплекса мероприятий, снижающих уровень инфицированности в родовспомогательных стационарах. Было определено, что напряженная эволюция различных возбудителей при длительном воздействии на них факторов защиты, образует госпитальные микробные штаммы, отличающиеся особой устойчивостью к действию антисептиков, антибиотиков и других повреждающих факторов [39, 40].

По сообщению Ласло Добсон [41] перинатальная микрофлора, полученная ребенком в роддоме, настолько устойчива, что в течение ближайших двух недель после выписки из роддома ее можно обнаружить у большинства членов семьи и опознать даже спустя 3-6, а иногда даже 12 месяцев.

В конце 70-х годов трудами многих ученых [42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49] было доказано, что мероприятия, предложенные в 60-ые годы для санации инфицированного персонала, не дают ожидаемого стабильно положительного результата. Механические средства, снижая количественную бактериологическую пораженность, не повышают иммунозащитных свойств работающих в роддоме, а

использование сильнодействующих средств (антисептиков, антибиотиков, физических факторов) серьезно угрожает состоянию их здоровья.

Немаловажное значение для снижения заболеваемости имеет тактика ведения послеродового периода у родильниц, в которой отмечены две противоположные тенденции:

- пассивного ведения - с полным обеспечением ухода медицинским персоналом содержания и лечения родильниц, использовавшегося до 60-х годов [55, 56];
- активного ведения - на положении полуждорового контингента, требующего лишь определенной доли участия медперсонала в коррекции послеродовой адаптации, что в последние годы было принято в большинстве родовспомогательных учреждений [57, 58, 59, 60, 61].

Сторонники активного ведения, начиная с 30-х годов считали, что активация режима родильниц должна ускорять послеродовую инволюцию и повышать сопротивляемость организма к инфекции, поэтому рекомендовали раннее вставание, лечебную гимнастику, элементы самообслуживания.

В 50-ые годы ряд авторов на основании проведенных физиологических исследований выявили большие адаптационные возможности организма родильниц и значительное повышение у них уровня основных обменных процессов с возрастанием степени нагрузки организма [62, 63, 64, 65]. На основании этого [66, 67, 68, 69] разработана научно-обоснованная система активного ведения послеродового периода с ранним вставанием, привлечением родильниц к самообслуживанию, ранней выпиской из роддома на 5-7 сутки. Внедрение этой системы в родовспомогательных учреждениях дало достоверное снижение послеродовой инфекционной заболеваемости родильниц в 1,5-1,7 раза и существенный экономический эффект за счет сокращения сроков пребывания родильниц в стационаре, снижения заболеваемости и оптимизации работы обслуживающего медицинского персонала.

Значительный интерес в последние годы вызывают сообщения отечественных и зарубежных авторов о возрождении издавна практиковавшегося совместного пребывания матери и ребенка в родильных домах (Труды Caroline Crowther, Lelia Dudley, Ellen Hodnet and Justus Hofmeyr и др. [87, 88, 89, 90]).

Изоляция матерей с детьми в отдельных палатах-ячейках сокращает возможности контакта с инфицированными и заболевшими, который трудно избежать

при содержании детей в общих палатах и кормлении их в обычных материнских палатах.

В работах Ellen Hodnet and Justus Hofmeyr указано, что для обеспечения индивидуальных условий послеродовой адаптации во многих зарубежных странах централизованные отделения новорожденных не создаются. Дети размещаются в непосредственной близости от матерей в детско-материнских секциях [87, 88], либо вместе с матерями [89, 90, 91, 92, 93].

В сборнике "Здравоохранение новорожденных Великобритании" (1982 г.) сообщается, что за исключением 6-7% детей, нуждающихся в специальных процедурах или интенсивной терапии, 93-94% могут находиться вместе с матерями, вследствие чего они изолированы от контактов с другими пациентами и имеют их минимум с персоналом [94].

В работе о мерах профилактики лактационных маститов [92] отметили, что "... в цепочке распространения инфекции решающую роль играют новорожденные "старшей" возрастной группы, обсемененные из окружающей среды патогенными возбудителями, в 60-70% это золотистый стафилококк". Наиболее важной мерой профилактики внутрибольничного инфицирования было предложение одномоментности заполнения, освобождения и дезинфекции секций в течение 48 часов. Для продления пребывания в роддоме женщин и детей авторы рекомендовали переводить их в другую палату.

Рядом авторов наиболее подробно описана организация совместного пребывания матери и ребенка [95]. Авторы справедливо считают послеродовое отделение своего рода визитной карточкой родильного дома.

Так как при совместном содержании уход за ребенком проводится матерью и медсестрой, между ними устанавливается непосредственная связь, гарантирующая безопасность ребенка и спокойное психологическое состояние матери.

Для определенного контингента предлагается так называемое полусовместное пребывание, особенно в первую ночь после родов. При этом новорожденный помещается отдельно от матери, наблюдается в детской комнате, а в следующие ночи уносится туда по желанию матери. Раздельное пребывание может продолжаться до 2-3-х суток, после чего мать с ребенком соединяют в одной палате. На содержание 32 коек при 1300 родах в год, по мнению авторов, ".. достаточно 13 санитарок, 3 уборщиц, 3 квалифицированных медсестер и 1-2 учениц".

В 1981 г. английский исследователь [81], анализируя различные варианты совместного пребывания матери и ребенка, предложил при реконструкции старых родильных домов с многоместными палатами (на 8-10 коек) с помощью сооружения стенок из звуконепроницаемого стекла в материнских палатах выделять комнаты на 4-5 новорожденных со свободным доступом и участием матерей в уходе за детьми под контролем медперсонала или создавать небольшие секции для матери и ребенка.

Изучая психо-социальные аспекты Mishael E. [91], отмечает особо благоприятное воздействие совместного пребывания на укрепление у молодых социально-одиноких женщин материнского инстинкта, что позволяет создать основу для дальнейшего оптимального психофизического развития их детей.

Определяя влияние совместного пребывания на состояние здоровья женщины, чешские авторы [96, 97] установили, что расширение двигательной активности, раннее вставание, особенно в сочетании с дозированной лечебной физкультурой, быстрее восстанавливает правильную осанку, способствует лучшей приспособляемости организма женщин к физическим нагрузкам бытового и трудового характера и переходу на самообслуживание. Освобождение генитального аппарата от патогенной микрофлоры происходит более интенсивно, активизируется сократительная деятельность миометрия и заживление раневых поверхностей.

Некоторые зарубежные авторы более осторожны в своих оценках, считая совместное пребывание матери с ребенком достаточно проблематичным с точки зрения как здоровья родильниц, которым необходимо справиться с заживлением послеродовых ран и отдохнуть от беременности и родов, так и здоровья ребенка, который может нуждаться в правильной медицинской оценке состояния и необходимой своевременной помощи. Принципиально решая, что же лучше, автор считает домашние и амбулаторные роды в присутствии акушерки более благоприятным вариантом, чем роды в роддоме и контакты с другими женщинами и детьми [98].

Исследования гормональных особенностей у родильниц, находившихся в условиях совместного пребывания с детьми, подтвердили благоприятное влияние совместного пребывания на развитие и становление детородной функции [90, 91, 100].

Таким образом, анализируя развитие родовспоможения, можно отметить, что концентрация в акушерских отделениях женщин и новорожденных, наряду с

расширением возможностей использования всего арсенала медицины для сохранения их жизни и здоровья, увеличила опасность их инфицирования устойчивой госпитальной микрофлорой, циркулирующей в роддомах, что отразилось на повышении уровня внутрибольничной инфекционной послеродовой заболеваемости. В борьбе с послеродовой инфекцией возникла необходимость разделения контингентов обслуживания по уровню инфицированности, а так же ограждения их от контактов с персоналом, зачастую являющимся резервуаром и источником госпитальной инфекции. Организационно это привело к изменению форм обслуживания женщин и детей в родильных стационарах, в частности, к возрождению ранее практиковавшейся формы совместного пребывания матери и новорожденного в послеродовом периоде, которая может обеспечить для ребенка более благоприятный микроклимат, наряду с использованием всего объема медицинской помощи. Однако все еще не определены конкретные принципы и формы организации совместного пребывания в родильном стационаре матери и новорожденного, нет четких клинико-физиологических и экономических обоснований.

1.2. Применение МРТ для диагностики некоторых перинатальных и акушерских патологий

МРТ - метод исследования, позволяющий оценить не только нарушение макроструктуры исследуемого органа, но и состояние и дифференцировку ткани, выявить очаги повышенной и пониженной плотности.

МР - это физическое явление, основанное на свойстве некоторых атомных ядер при помещении их в магнитное поле поглощать энергию в радиочастотном (РЧ) диапазоне и излучать ее после прекращения воздействия РЧ импульса. При этом напряженность постоянного магнитного поля и частота радиочастотного магнитного поля должны строго соответствовать друг другу, что называется ядерным магнитным резонансом: ядерным - поскольку взаимодействие происходит только с магнитными моментами атомных ядер; магнитным - так как эти моменты ориентированы постоянным магнитным полем, а изменение их ориентации вызывается радиочастотным магнитным полем, резонансом - поскольку параметры этих полей строго связаны между собой. Характер интенсивности сигнала в МРТ определяется в

основном 4 параметрами: протонной плотностью (количество протонов в исследуемой ткани), временем спин-решетчатой релаксации (T_1), временем спин-спиновой релаксации (T_2), движением или диффузией исследуемых структур.

Для МРТ разработаны различные импульсные последовательности которые в зависимости от цели определяют вклад того или иного параметра в интенсивность изображения исследуемых структур для получения оптимального контраста между нормальными и измененными тканями.

В зависимости от напряженности магнитного поля все МР-томографы обычно классифицируются на сверхнизкие - менее 0,1 Тл, низкочастотные - 0,1-0,4 Тл, среднечастотные - 0,5 Тл, высокочастотные - 1-2 Тл, сверхвысокочастотные - выше 2 Тл [O.Brooke // Magnetic resonance imaging // Medical News today. 2006. p. 1-3].

В последние годы зарубежом опубликован ряд работ и монографий, посвященных МРТ-диагностике злокачественных опухолей женских половых органов. Тем не менее МР-томография еще не заняла четко определенного места в традиционной схеме диагностики онкологических заболеваний. Несколько слов об экономической эффективности: поскольку МРТ - дорогой метод диагностики, в случаях когда УЗИ является окончательным методом диагностики МРТ - очень дорогое удовольствие. Однако бывают ситуации, когда у пациента патология при УЗИ не выявляется, а симптомы заболевания присутствуют, тогда все же лучше прибегнуть к МРТ. Неоспоримым преимуществом МРТ является отличная визуализация органов малого таза, что позволяет точно определить характер патологического процесса, его локализацию, взаимосвязь с соседними органами, а также оценить анатомическое состояние полости малого таза [Вартанов А.В., Анисимов П.В., Усаков В.Л. // Метод автоматического выделения биологических тканей по комплексу МРТ изображения // Мед. Физика, 2004, №1, с. 31-35].

Во время беременности и родов утончение стенки матки и расхождение краев рубца встречается менее чем в 2% случаев и может стать причиной такого исхода, каким является смерть матери и плода. Как правило, подобный рубец на матке остается после лапароскопической консервативной миомэктомии и Кесарева сечения (Gabbe, 1996; Dubuisson et al., 2000). Вероятность осложнений возрастает со сроком беременности (Rozenberg et al., 1996). В таком случае единственным достоверным диагностическим средством для обнаружения дефекта в стенке матки является такой радиологический метод, как МРТ (Dicle et al., 1997). Таким образом, у пациентов, у

которых имеются рубцы на матке, с целью предупреждения возможных осложнений РТ является незаменимым диагностическим методом.

С точки зрения воздействия на плод, МРТ является безвредным методом исследования, особенно после 12 недель беременности. Согласно трехлетним наблюдениям (Т.Н. follow up study) у детей, которые подвергались воздействию МРТ в фетальном периоде, по сравнению с общей популяцией патологии не наблюдалось (Baker et al., 1994).

Такими радиологическими методами исследования, каковыми являются ультразвук и магнитный резонанс, возможно с высокой точностью (чувствительность 89% и 96%) диагностировать несоответствие между головкой плода и родовым путем матери, что дает возможность вовремя поставить вопрос о проведении операции кесарева сечения или, наоборот, не допустить нецелесообразное, неоправданное оперативное вмешательство (Stark et al., 1985; Sporri et al., 1997; Fox et al., 2004; Zaretsky et al., 2005).

1.3. Значение грудного вскармливания для течения послеродового периода родильниц и состояния здоровья новорожденных

Лактация и кормление грудью - уникальное состояние женского организма, являющееся составной частью репродуктивного процесса, а также не имеющим себе равных способом обеспечения идеальным питанием грудных детей. Актуальность обеспечения детей грудного возраста материнским молоком не вызывает сомнения. так как молоко для этой цели создано самой природой [102]. Ученые считают, что естественное вскармливание на протяжении 200 млн. лет было и остается основой успешного вскармливания у млекопитающих [103, 104].

Материнское молоко - идеальная пища для ребенка первого года жизни, как и сам способ подачи пищи ребенку [105].

В разных странах частота грудного вскармливания отличается. Исследованиями ВОЗ (1983-1992 гг.) показано, что имеется определенная зависимость между частотой грудного вскармливания и местом проживания. Так, в Восточной и Юго-Восточной Азии наиболее продолжительно кормление грудью в сельских районах [106, 107]. В Турции среди городских жительниц средняя продолжительность грудного

вскармливания составляет 11,9 месяца, тогда как на селе это показатель равен 16,8 месяца.

Feinstein J.M. и соавторы отмечают, что под давлением урбанизации происходит снижение частоты грудного вскармливания [108].

На Украине и в Молдове после 6 месяцев кормят грудью не более четверти матерей, причем основную их часть составляют женщины, проживающие на селе [109, 110]. В Казахстане длительность лактации у жительниц городов почти в 2 раза короче, чем у матерей села [111, 112].

По мнению Разумеевой Г.И. (1988 г.), в сельской местности высокая частота и продолжительность грудного вскармливания в значительной степени поддерживается не утраченной еще традицией и укладом жизни [113]. Об этом свидетельствует тот факт, что 7,5% матерей в сельской местности предпочитает кормить ребенка грудью и после 12 месяцев.

По данным Mikiel (1993 г.), после выписки из родильных стационаров 90% детей считались вскармливаемыми грудью. После первого месяца жизни кормились грудью уже 65%, после третьего месяца - 25%. К шестому месяцу количество детей, кормящихся грудью составляло всего 13%. Давать докорм в течение первого месяца жизни новорожденного были вынуждены 54% матерей [114]. В Голландии кормят грудью всего 30% младенцев. Непродолжительное кормление грудью неблагоприятно сказывается на здоровье детей, повышая существенно заболеваемость и смертность в период младенчества [115].

Выборочное анкетирование среди женщин, родивших в □□□□ выявило, что применение заменителей грудного молока начинается в ряде случаев уже в первые месяцы жизни. Так основными причинами использования воды, соков, искусственных смесей явились: влияние и советы родственников, подруг, соседей, выход мамы на работу или учебу.

Значительным фактором, влияющим на лактацию, является поддержка других членов семьи: при заинтересованности мужа в получении ребенком грудного молока уровень лактации у матери был в 1,5 раза выше, чем при его инертном отношении к грудному вскармливанию [113].

Успех лактации в немалой степени зависит и от стремления самой женщины кормить ребенка грудью. Если учесть, что процент матерей, действительно

неспособных кормить грудью, во всем мире невысок [118], то представляется очень важным фактором внутренняя целеустремленность матери к сохранению лактации.

Проведение необходимой санитарно-просветительной работы среди матерей, разъяснение им роли грудного вскармливания оказывает влияние на положительный настрой женщины и желание кормить ребенка грудью. Ряд исследователей добились повышения продолжительности лактации на 12% только за счет пропаганды грудного вскармливания [119, 120].

Имеются данные, что длительность лактации зависит от практики грудного вскармливания: исключительное вскармливание ребенка грудью сопровождается и более продолжительной лактацией [121].

Florack E. et al (1984 г.) показали, что режим кормлений оказывает существенное влияние на продолжительность лактации [123]. Так, проведенные в Бразилии исследования показали, что свободный режим кормления детей увеличивает сроки лактации [124, 122]. Многие авторы отмечают положительное влияние на становление секреторной функции молочных желез раннего прикладывания ребенка к груди матери, что позволяет поднять уровень лактации примерно в 2 раза [125, 126].

Послеродовая лактация - это гормонально-обусловленный процесс, состоящий из двух взаимосвязанных нейроэндокринных рефлексов - секреции и выведения молока [127]. Начальным этапом для обоих рефлексов является раздражение рецепторного аппарата ареолы и соска молочной железы, осуществляемое ротовым аппаратом ребенка во время его кормления [128]. стимулируя секрецию и выход в кровяное русло пролактина из аденогипофиза и окситоцина из нейрогипофиза [129].

Пролактин является ключевым гормоном, обеспечивающим секреторную деятельность молочной железы [130, 131]. Доказано, что содержание пролактина в крови подвержено циркадным ритмам: ночью оно выше, чем днем, и достигает максимума через 2-3 часа после наступления сна и минимум его выделяется от 10-ти до 14-ти часов [132].

Среди нервных и гуморальных факторов, участвующих в регуляции выведения молока, важная роль принадлежит окситоцину [133], который поступает в кровь из задней доли гипофиза, способствуя выведению молока из альвеол в молочные протоки и синусы. Пролактин обеспечивает усиление продукции молока, накопление

его в молочной железе, окситоцин же способствует выведению молока из молочных желез [134].

Рефлекс секреции молока при кормлении ребенка внешне ничем не проявляется. Единственным показателем, который сравнительно легко можно регистрировать, является содержание пролактина в крови у кормящих женщин. В отличие от окситоцина, уровень которого в крови у женщин увеличивается уже примерно через 1 минуту после начала кормления ребенка [129, 125], содержание пролактина начинает повышаться через 5-6 минут и достигает максимума к 25-30 минутам [136].

Известно, что уровень пролактина в крови родильниц существенным образом зависит от систематического раздражения молочных желез. Была обнаружена прямая корреляция между базальным уровнем пролактина в крови и числом кормлений ребенка за сутки [137, 138, 139]. Базальный уровень пролактина в крови женщин, кормящих своих детей 8 раз в сутки, был в 2 раза выше, чем у матерей, кормивших 2 раза в день. При кормлении грудью стимулированный уровень пролактина в крови быстро нарастает, увеличиваясь в 2-3 раза, и остается повышенным в течение 30-120 минут после прекращения кормления [134]. Причем выделение пролактина обеспечивается не только рефлекторным путем, через акт сосания, но и при контакте с детьми, в результате раздражения обонятельных, зрительных и слуховых рецепторов [140].

Выявлено повышение содержания пролактина в крови при раннем прикладывании ребенка к груди, что оказывает стимулирующее влияние на процесс становления лактации. В этом случае уровень пролактина на 5 сутки после родов достигает максимальных значений и превышает аналогичные показатели у матерей, дети которых были приложены к груди через 12 часов после рождения [141, 142, 143]. Раннее прикладывание ребенка оказывает положительное влияние и на продолжительность лактации и объемы секретиремого молока: у первородящих в первые дни после рождения ребенка секреция возрастала в 1,4 раза, у повторнородящих - 1,5 раза [141].

Отмечено положительное влияние совместного пребывания матерей с новорожденными детьми, в этом случае содержание пролактина в сыворотке крови матерей было значительно выше, чем у родильниц при раздельном пребывании [141].

В работе Л.Н.Колодиной и соавторов [146] показано, что у родильниц с гипогалактией на 3-6 день послеродового периода отмечается достоверно меньший

уровень пролактина в крови по сравнению с его уровнем у нормально лактирующих матерей. Это дает основание полагать, что низкая базальная секреция пролактина в период лактогенеза может быть причиной гипогалактии.

Таким образом, акт сосания можно рассматривать, как эффективный фактор, положительно влияющий на секреторную и выделительную функции молочных желез. В тех случаях, когда адекватная стимуляция рецепторов молочной железы кормящей женщины отсутствует, создаются предпосылки для возникновения гипогалактии [147, 148].

От регулярного сосания и эффективного выделения молока из железы зависит продолжительность лактации [149, 132].

По данным Н.А.Каюповой и соавторов (1997 г.), уровень послеродовой лактации в большей степени зависит от повышения содержания пролактина после родов, по сравнению с его содержанием при беременности, чем от абсолютного его содержания. Между этими показателями доказано наличие положительной корреляционной связи.

Количественный уровень послеродовой лактации в большинстве исследований определяется количеством выделенного молока, определяемого путем суммирования высосанного и сцеженного молока.

В женском молоке тонко сбалансировано содержание питательных веществ, ферментов, гормонов, факторов иммунитета и других компонентов. Постоянная корректировка их уровня способствует адаптации новорожденного к условиям внеутробного существования.

Грудное молоко и предшествующее ему молозиво рассматривается не только как самый простой и доступный продукт питания грудного ребенка. Благодаря разнообразию питательных веществ, входящих в их состав, особенно соотношению между белками, жирами и углеводами, материнское молоко и молозиво не имеет равных себе по качеству продуктов питания для детей первого года жизни [153, 154].

Молоко женщины в течение 7-10 дней после родов претерпевает значительные изменения, обусловленные быстро меняющимися потребностями организма новорожденного. В первые 2 дня выделяется молозиво, на 3-5 день - переходное молоко, и к 7-14 дню послеродового периода секрет молочной железы приобретает обычно более или менее постоянный состав [155].

Молозиво представляет собой продукт питания с небольшим объемом и высокой плотностью. Оно содержит меньше лактозы, жира, витаминов (включая витамины "Е", "А", "К") и больше некоторых минеральных веществ, таких как натрий и цинк [156]. В нем также высок уровень иммуноглобулинов. Все это хорошо соответствует специфическим потребностям новорожденных: почки новорожденных не могут перерабатывать большие объемы жидкости, иммуноглобулины защищают ребенка от воздействия бактерий, вирусов и других патогенных факторов. Молозиво содержит дифтерийный и столбнячный анатоксины, антистрептолизин и антистафилолизин, антитела против дизентерии, а также факторы, нейтрализующие вирусы полиомиелита, японского В - энцефалита, гриппа, паротита и угнетающие рост микробов кишечной группы [157].

Грудное молоко содержит в оптимальных количествах и соотношениях биологически полноценные белки, идентичные белкам новорожденного [144, 158], при помощи которых осуществляется транспорт многих витаминов, гормонов и других физиологически активных веществ [159, 160, 161].

Жир грудного молока усваивается значительно легче, чем жир искусственных смесей, поскольку обладает высокой дисперсностью, что облегчает процессы его эмульгирования и всасывания. Усвоение жира женского молока составляет 85-90% [162, 163].

Дети, находящиеся на грудном вскармливании, менее склонны к гиперхолестеринемии, ожирению, заболеваниям желудочно-кишечного тракта, острым респираторно-вирусным инфекциям, отитам [164, 165, 166, 167]. У них реже отмечаются такие преморбидные заболевания, как рахит и аллергический диатез [168, 169].

Углеводы представлены в основном лактозой (90%), количество которой по мере созревания молока увеличивается [170, 171].

Содержание минеральных веществ в грудном молоке невелико, но они находятся в легко усвояемой форме. Так, резорбция железа из материнского молока составляет 50-70%, в то время как из коровьего 10-30% [172, 173].

Грудное молоко богато витаминами, в частности каротином, витаминами "Е", "С" [174]. Доказано влияние многих витаминов женского молока ("А", "С", "Р", "Е") на биоэнергетические и липолитические процессы в организме ребенка [175].

Многие авторы отмечают отчетливую зависимость содержания витаминов в молоке от питания матери [176].

Помимо исключительной питательной ценности, материнское молоко способствует развитию как активного, так и пассивного иммунитета. Содержащиеся в грудном молоке иммуноглобулины (JgG, JgM и секреторный иммуноглобулин JgA), лимфоциты, макрофаги, лактоферрин, лизоцин, бифидум-фактор и другие неспецифические факторы способствуют сохранению здоровья ребенка в период становления его собственной независимой иммунной системы [177, 178, 179]. В молоке матери содержится большое количество гормонов [180, 181], которые, поступая с женским молоком в организм младенца, предохраняют от повышенной нагрузки его незрелую гипоталамогипофизарную систему [182, 11].

В связи с пониженной секрецией ферментов пищеварительных желез у грудных детей особую роль приобретают ферменты женского молока, облегчающие переваривание, усвоение основных пищевых веществ и фактически восполняющие имеющийся у ребенка ферментативный дефицит [183, 12, 13].

В литературе имеются отдельные сообщения о связи кормления грудным молоком и некоторого повышения способности к обучению [184, 185], более высокого коэффициента интеллектуальности [7]. Существует много и других данных о положительном влиянии грудного вскармливания на ребенка [7, 186], поэтому его по праву считают "золотым стандартом", качественно превосходящим все его заменители.

Риск смерти новорожденных и детей первого года жизни при грудном вскармливании снижается соответственно в 14,2 и 3,6-5,6 раз. Только грудное вскармливание позволило предотвратить в мире миллионы детских смертей [187, 188, 189, 190, 191, 142].

Лактация имеет не менее важное значение и для самой кормящей женщины. Являясь качественно новым этапом по окончании беременности, она оказывает положительное влияние на материнский организм, улучшая ряд функций в послеродовом периоде: благоприятно влияет на сокращение матки, тем самым уменьшая вероятность послеродовых кровотечений и ускоряя инволюцию матки, благодаря опосредованному окситоцином усилению контрактивной активности миометрия во время сосания груди [192, 193].

Естественное вскармливание физиологично, позволяет сохранить наиболее полные и интимные взаимоотношения между матерью и ребенком, развивает и закрепляет материнские чувства и характерные для матери формы поведения [194, 195]. Помимо этого, в литературе имеются данные о том, что при полноценной и продолжительной лактации снижается риск возникновения новообразований молочной железы и яичников, а также развитие остеопороза [105, 193].

Помимо медицинских аспектов преимущества грудного вскармливания, немаловажное значение имеет материальная сторона этого вопроса. Грудное вскармливание экономически выгодно для семьи, для общества в целом, так как не требуется затрат на изготовление и приобретение смесей, бутылочек, экономится время матери, уменьшаются расходы на оказание медицинской помощи в связи со снижением заболеваемости [196, 197].

ГЛАВА II

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В работе представлены научно обоснованные результаты внедрения новых перинатальных технологий в практику родовспомогательного стационара и их влияния на течение послеродового периода у рожениц и на процессы адаптации новорожденных в раннем неонатальном периоде.

Результаты работы основываются на клиничко-лабораторном и инструментальном обследовании 500 рожениц и их новорожденных, а также на сравнительном анализе движения 632 рожениц-рожениц и их новорожденных при различных формах перинатального обслуживания и размещения в послеродовых отделениях.

Научные исследования проводились с 1994 по 2004 года на базе ЦКМТ представляющего собой типичный образец традиционного родильного дома советского образца на 200 коек. С 1994 по 1996год, с началом участия Грузии в международных проектах, проводимых под эгидой ВОЗ и ЮНИСЕФ, в родильном доме, являющейся клинической базой кафедры акушерства и гинекологии Института Усовершенствования Врачей отработывались методы ведения альтернативных родов (выбор позы родов по желанию женщины), раннего контакта "кожа к коже" матери и

новорожденного (в родильном зале), раннего прикладывания к груди и продолжительности первого кормления. Кроме того, отрабатывались методы профилактики гипотермии у новорожденных и их первой обработки (профилактика бленнореи, первичного туалета и проч.).

Эти разработки вошли в Приказ N 287 МТЗСЗ “О защите и пропаганде грудного вскармливания и контролируемом искусственном питании” 17.11.2003 г. Тбилиси.

После начала реформирования системы здравоохранения Грузии и начала приватизации медицинских учреждений в 2000 году проведена полная реконструкция родильного дома № 1 в ЦКМТ, с созданием модели учреждения западного образца, где были предусмотрены новые организационные формы ведения беременности, родов и послеродового периода

С целью научного обоснования эффективности внедрения новых перинатальных технологий в практику родовспомогательного учреждения проведено клинко-лабораторное и инструментальное обследование 500 родильниц и их новорожденных, из которых 250 составили основную группу и 250 - группу сравнения.

В основную группу вошли родильницы, находившиеся в родильном стационаре совместно и в практику их обслуживания были внедрены новые перинатальные технологии.

Группу сравнения составили родильницы и их новорожденные с традиционной практикой перинатального обслуживания.

С целью выяснения влияния долактационного кормления на характер вскармливания и заболеваемость новорожденных в течение первого года жизни проанализированы 2 группы: новорожденные от матерей, родоразрешенных путем операции кесарево сечение в ГПЦ, где в уходе за родильницами и новорожденными использовались новые перинатальные технологии и младенцы от матерей, родоразрешенные в ЦКМТ в которой родильницы после операции кесарево сечение были отделены от своих детей и последние в течение нескольких суток получали заменители грудного молока.

2.1. Магнитно-резонансная томография

Магнитный резонанс - это физическое исследование, основанное на свойствах некоторых атомных ядер при помещении их в магнитное поле поглощать энергию в радиочастотном (РЧ) диапазоне и излучать ее после прекращения воздействия РЧ импульса. При этом напряженность постоянного магнитного поля и частота радиочастотного магнитного поля должны строго соответствовать друг другу, что и называется ядерным магнитным резонансом: **ядерным** - поскольку взаимодействие происходит только с магнитными моментами атомных ядер; магнитным - т.к. эти моменты ориентированы постоянным магнитным полем, а изменение их ориентации вызывается радиочастотным магнитным полем, **резонансом** - поскольку параметры этих полей строго связаны между собой. Характер интенсивности сигнала в МРТ определяется, в основном, 4 параметрами: протонной плотностью (количеством протонов в исследуемой ткани), временем спин-решеточной релаксации (T_1), временем спин-спиновой релаксации (T_2), движением или диффузией исследуемых структур.

Основные производители МР-томографов ("Дженерал электрик", "Сименс", "Филипс", "Тошиба") в настоящее время основное внимание уделяют выпуску моделей со средним и даже низким полем, которые отличаются от высокопольных систем компактностью и экономичностью при удовлетворительном качестве изображения и существенно меньшей стоимости.

Все МРТ-исследования проводили на МР-томографе Magnetom Harmony (Siemens - Германия). Получали T_1 и T_2 взвешенные изображения с помощью обычной импульсной последовательности (ИП), спиновое эхо (spin echo - SE) и быстрое спиновое эхо (turbo/fast spin-echo - TSE), градиентное эхо (gradient - echo - GRE) и градиент - спиновое эхо (gradient and spin-echo-GRASE), быстрое градиентное эхо true FISP и быстрое спиновое эхо с неполным наполнением К-пространства (half-Fourier single shot fast spin echo - HASTE).

Нами было обследовано 130 беременных. Среди них - 40 первобеременных с различными формами тазового предлежания плода, 20 беременных - со сниженным количеством околоплодных вод (менее 500 мл) с неуточненными причинами патологии, 20 беременных с подозрением на анатомический или клинический узкий таз, 20 - с подозрением на различные пороки развития и хромосомные аномалии плода и 20 беременных, которые ранее перенесли операцию кесарева сечения или консервативную миомэктомию.

I группа: 40 беременным планово было сделано УЗИ и было диагностировано тазовое предлежание плода. По общепринятым понятиям все они, как первобеременные с тазовым предлежанием, подлежат родам кесаревым сечением. Из 40 обследованных было отобрано 20 беременных со сроком беременности 39-40 нед, весом плода менее 3600,0 гр, которым было сделано МРТ с целью установления возможности родоразрешения влагалищным путем. Устанавливали структуру тканей мягких родовых путей и соотношение их с плодом и костным тазом.

II группа: С помощью МРТ было обследовано 20 беременных, у которых с помощью УЗИ было диагностировано уменьшение околоплодных вод менее 500 мл. Причины патологии не были определены. Из них в 14 случаях был установлен диагноз угрозы прерывания беременности или преждевременных родов. Всем беременным для уточнения состояния перфузии плаценты была сделана МРТ. Были обнаружены структурные изменения в плаценте со снижением ее перфузии. В случаях прерывания беременности были установлены выраженные структурные изменения в ЦНС плода. У 5 женщин выявили внутриутробную задержку плода, что при УЗИ не было определено.

III группа: С помощью МРТ обследовали 20 беременных с подозрением на различные формы анатомического узкого таза или несоответствие между головкой плода, мягкими тканями и костным тазом беременных.

Пельвиметрию проводили при: наличии в анамнезе травматических повреждений, перенесенном рахите и полиомиелите, низком росте (до 155 см), у первородящих, старше 30 лет, крупном плоде, подозреваемом при УЗИ или наружном исследовании.

С помощью пельвиметрии в 12 случаях удалось провести роды через естественные пути.

IV группа: 30 беременным с отягощенным соматическим анамнезом (перенесенный пиелонефрит, различные инфекционные заболевания) было проведено УЗИ, из них в 10 случаях возникло подозрение на пороки развития плода (диафрагмальная грыжа, пороки мочевыделительных путей) и хромосомные аномалии (синдром Дауна), что не было точно диагностировано с помощью УЗИ.

С целью уточнения диагноза была проведена МРТ. МРТ-урография четко выявила перегибы и расширения мочеточников; в 3 случаях был диагностирован синдром Дауна; в 2 случаях диагностировали наличие диафрагмальной грыжи.

V группа: 20 беременным с перенесенным кесаревым сечением или консервативной миомэктомии было проведено плановое УЗИ. С целью исследования структурных изменений и наличия фиброзной ткани в рубце. Всем беременным сделали МРТ с помощью которого удалось уменьшить частоту кесарева сечения.

2.2. Клинический метод обследования рожениц и их новорожденных детей

Клиническое обследование рожениц осуществлялось по общепринятой схеме: сбор анамнеза, состояние здоровья до беременности, во время беременности, особенности течения и осложнения беременности и родов, течение и осложнения послеродового периода, ежедневный клинический осмотр. Учитывались паритет беременности и родов, возраст рожениц, социальное положение и профессия.

Клиническое обследование новорожденных осуществлялось с учетом состояния здоровья матерей до и во время беременности, особенностей течения беременности и родов, состояния при рождении (оценка по шкале Апгар), антропометрических данных. Учитывались результаты ежедневного клинического осмотра новорожденных: становление функции дыхания и кровообращения, клинические проявления характера метаболизма (первичная потеря массы тела, ее восстановление, сроки отпадения пуповины, появление желтушного синдрома, степень его выраженности и длительность), а также других так называемых переходных состояний. Проведен сравнительный анализ динамики веса новорожденных и количества высосанного молока у первородящих и повторнородящих основной и контрольной групп, определяемого путем взвешивания младенца до и после кормления и с последующим вычислением разницы в граммах. Все показатели, полученные в ходе клинического обследования рожениц и новорожденных основных групп, анализировались в сравнительном аспекте с данными у рожениц и новорожденных контрольных групп.

2.3. Лабораторные методы исследования

Лабораторные методы исследования включали помимо общего анализа крови, мочи, КЩС, уровней билирубина и гликемии (так называемые "рутинные" методы), изучение микрофлоры кишечника новорожденных основной и контрольной групп.

На базе лаборатории эндокринологии ЦРЗ проводилось исследование гормонов (пролактина, кортизола) путем забора 5,0 мл крови натощак у родильниц на 5-ые сутки послеродового периода. Пролактин определялся иммунорадиометрическим методом. Реактивы производства "Иммунотекс" на оборудовании - гамма-счетчик P.C.Ria-mas "Stratec" - Германия с компьютерным обеспечением. Максимальный уровень пролактина, определяемый с помощью этого набора - 5666,0 мМЕ/л. В этой же лаборатории кортизол определялся по диагностической системе "Амерлайт" набором реактивов "Амерлайт" (Великобритания, фирма "Amersham").

На базе лаборатории СОЗ г. Тбилиси произведены бактериологические исследования микрофлоры кишечника в период новорожденности на I и V сутки.

2.4. Инструментальные методы исследования

Сократительную активность матки изучали в раннем послеродовом периоде с помощью Фетального монитора производства "Corometrics фетальмонитор 145 (США)Б в положении женщины на спине с наложением электрических датчиков на переднюю брюшную стенку. Исследования проводились на базе отделения физиологии и патологии родов ЦРЗ.

Количественная оценка гистерограмм основана на анализе вертикальных и горизонтальных параметров сокращения, включая вычисление различных коэффициентов и индексов сократительной деятельности матки, которые являются производными от амплитуды, силы или давления и временных показателей.

К горизонтальным параметрам относятся следующие: продолжительность фаз сокращения и расслабления, длительность схватки, интервалов между сокращениями и маточного цикла в целом.

К вертикальным параметрам гистерограмм относятся: амплитуда, сила или давление, которая в конечном итоге отражает единый процесс актиномиозинового взаимодействия, в результате чего происходит генерация силы с определенной скоростью [217].

Для оценки маточных сокращений наиболее широкое распространение в акушерской практике получили единицы Монтевидео, определяемые путем

умножения величины амплитуды сокращений матки на количество схваток за 10 минут. При анализе данного показателя пользовались такими терминами, как "интенсивность", "эффективность" маточных сокращений.

Оценка характера гистерограмм проводилась по следующим параметрам:

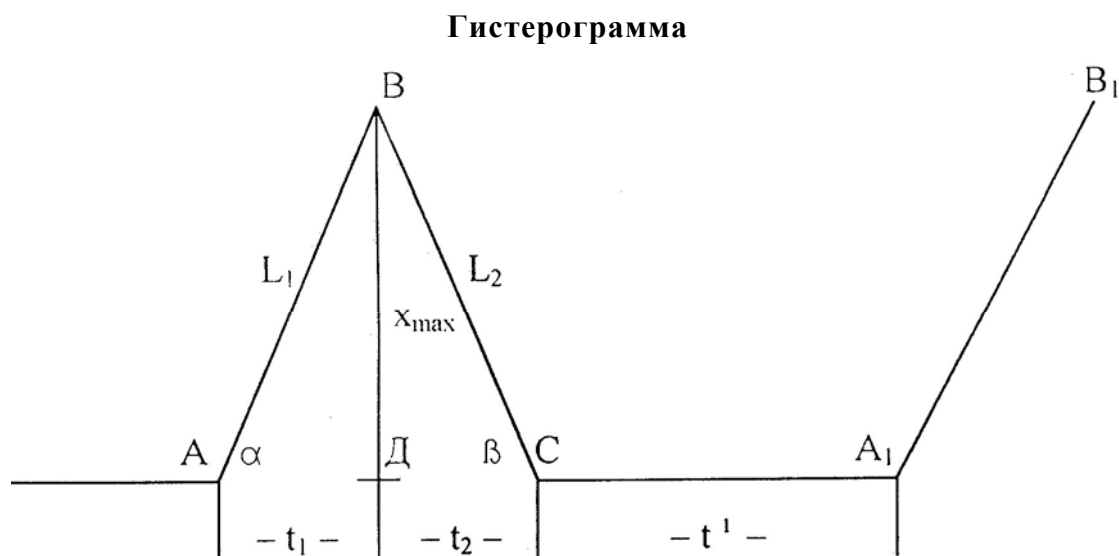


Рисунок 1

- X_{max} - максимальная амплитуда (ВД) мм
- t_1 - время фазы сокращения (АД) (сек)
- t_2 - время фазы расслабления (ДС) (сек)
- t_1+t_2 - длительность схватки (сек)
- S_1 - площадь фигуры (АВД) фазы сокращения
- S_2 - площадь фигуры (ДВС) фазы расслабления
- L_1 - длина полуволны (АВ) схватки (фазы сокращения) (мм)
- L_2 - длина полуволны (ВС) схватки (фазы расслабления) (мм)
- t^1 - длительность интервала между схватками (СА₁) (сек)
- α - угол наклона кривой фазы сокращения (градус)
- β - угол наклона кривой фазы расслабления (градус)
- τ - длительность маточного цикла АА₁ (сек)

В каждом случае считалось количество схваток за 10 минут.

С помощью метода определения площади схваток, автоматически происходит интегрирование вертикальных и горизонтальных параметров гистерограмм.

На базе ГПЦ г.Тбилиси с целью изучения сократительной деятельности матки проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ) аппаратом TOSHIBA sal 77A. Обследование проводилось ежедневно в течение 5 суток послеродового периода в утренние часы. Измерялась высота дна, ширина и передне-задний размер матки.

Становление лактационной функции у родильниц изучалось путем проведения ультразвукового исследования молочных желез аппаратом TOSHIBA sal 77A. Измерялась ширина млечного протока ежедневно в течение 5-ти суток послеродового периода в одно и тоже время дня - с 10.00 до 11.00 часов.

Методы МРТ

Все МРТ-исследования проводили на МР-томографе Magnetom Harmony (Siemens, Германия). Получали T1 и T2-взвешенные изображения с помощью обычной импульсной последовательности (ИП) спиновое эхо (spin echo - SE) и быстрое спиновое эхо (turbo/fast spin-echo-TSE) градиентное эхо (gradient-echo-GRE) и градиент-спиновое эхо (gradient and spin-echo-GRASE), быстрое градиентное эхо trunc FISP и быстрое спиновое эхо с неполным заполнением K-пространства (half-fourier single - shot fast spin echo - HASTE).

2.5. Статистические методы исследования

Для обработки результатов исследования использовались стандартные методы математической статистики.

1. Определение достоверности.

Для установления достоверности различий между средними арифметическими двух выборочных совокупностей использовался критерий Стьюдента (t), который определялся по формуле:

$$t = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}}$$

при степени свободы $n = n_1 + n_2 - 2$.

Достоверность (р) определяли с помощью значений при различных условиях значимости р. Достоверной разницей между сравниваемыми величинами считали ($p \leq 0,05$), вероятность различий больше 95% [218].

2. Коэффициент корреляции.

Для установления связей между изучаемыми явлениями применяется метод определения корреляционных связей, особенности которых заключается в том, что каждому значению одного признака может соответствовать некоторое количество значений другого признака, варьирующего в определенных пределах [218, 219].

Различают прямую (или положительную) корреляционную связь и обратную (или отрицательную). В случаях прямой связи перед коэффициентом корреляции ставят знак "плюс". При обратной связи - знак "минус".

Величина коэффициента корреляции характеризует количественную меру этой связи. Степень связи определяют по таблице 2.

Таблица 2

Схема оценки степени корреляции по величине коэффициента корреляции

Величина коэффициента	Степень связи
0,70-0,99	Тесная
0,69-0,31	Умеренная
0,3 и меньше	Слабая

Коэффициент корреляции вычисляется с точностью до сотых долей

$$r = \frac{\sum dx \times dy}{\sqrt{\sum dx^2 * \sum dy^2}},$$

где r - коэффициент корреляции;

x и y - варианты коррелируемых рядов;

dx и dy - отклонения вариант каждого ряда от средних значений (M);

Σ - знак суммирования.

Статистическая обработка цифрового материала проводилась с помощью пакета программ "Стат-1" [220]. Для построения диаграмм использованы стандартные средства Excel - 95.

ГЛАВА III

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

3.1. Разработка и внедрение в практику родовспоможения новых форм перинатального ухода

Для обеспечения условий внедрения в практику новых перинатальных технологий мы провели реорганизацию работы ЦКМТ.

В основу реорганизации были положены рекомендации ВОЗ "Инициативы за больницы дружелюбного отношения к ребенку" [1992 г.] и совместная декларация ВОЗ/ЮНИСЕФ "Охрана, поддержка и поощрение грудного вскармливания. Особая роль родовспомогательных учреждений" [Женева, 1989].

В этих документах изложены 10 принципов успешного грудного вскармливания (ГВ), внедрение которых в практику возможно только при условии совместного содержания матери и ее ребенка в послеродовых палатах. Но в этих документах нет конкретных рекомендаций по организации работы родильного стационара совместного содержания родильницы и новорожденного, по методике их раннего контакта и раннего прикладывания к груди. Отсутствует научное подтверждение целесообразности исключительно грудного вскармливания (ИГВ) по требованию младенца без дополнительного питья и дачи других жидкостей, за исключением случаев, определяемых медицинскими показаниями.

Для успешного выполнения этой программы в ЦКМТ был разработан и утвержден план подготовки беременных к родам и грудному вскармливанию, план обучения всего медицинского персонала необходимым навыкам для осуществления практики ГВ.

Для обеспечения становления нормального биомеханизма родов использовались 10 перинатальных принципов ВОЗ [3].

В течение нескольких лет отрабатывались приемы альтернативных родов, наиболее оптимального первого кожного контакта матери и ребенка и раннего прикладывания к груди.

Внедрение всех вышеперечисленных мероприятий способствовало разработке положения о совместном содержании матери и новорожденного в родильном доме. Это положение вошло в законе Грузии "О защите и пропаганде грудного вскармливания и контролируемом искусственном питании" [221].

3.1.1. Организация совместного пребывания родильниц и новорожденных в родильном стационаре

Учитывая рекомендации ВОЗ и ЮНИСЕФ по современной организации родовспомогательного учреждения - отсутствие предродовых палат, изолированные родильные блоки, послеродовые палаты на 2 койки с индивидуальными санузлами, отсутствие 2 акушерского отделения нами в деталях отработаны все мероприятия, проводимые в родильном доме для обеспечения эффективного совместного пребывания матери и ребенка в родовспомогательном стационаре.

После реорганизации ЦКМТ в индивидуальных родовых палатах (родильных залах) проводились следующие мероприятия:

- Использовалось личное белье для роженицы, (допускается одноразовая одежда) и сменная обувь для родственников, присутствующих на родах;
- беременные женщины проходили дородовое обучение по подготовке к родам, заранее посещали родильный дом, встречались с медицинским персоналом, участвующий в родах;
- бритье промежности и постановка очистительной клизмы проводилось только по желанию женщины;
- участие в ведении родов принимали члены семьи (муж, мать, сестра) или близкий человек,
- В процессе родов проводилась непрерывная поддержка в родах (психологическая поддержка, проведение массажа с целью обезболивания родов по специальной методике, осуществление правильного дыхания во время родовой деятельности);
- Роженице предоставлялась возможность свободного передвижения во время родов и изменения положения тела (родовой стол, функциональная кровать, коврики, мяч, игрушки, шведская стенка);
- Поддерживалась температура воздуха в родильном зале не менее 25*С
- Роженицам предоставлялась возможность питания и питья в родах;
- с началом родовой деятельности необходимо велась партограмма;
- медикаментозное обезболивание физиологических родов проводилось по строгим показаниям;

- родостимуляция и родовозбуждение при необходимости проводилось строго по показаниям с использованием инфузиомата (дозатора) на основании анализа партограммы и в соответствии с физиологической продолжительностью родов;
- женщине предоставлялась возможность рожать в том положении, в котором она хочет -(сидя, стоя, лежа на боку);
- применение эпизиотомии/перинеотомии во втором периоде родов проводилось строго по показаниям;
- использовалось активное ведение третьего периода родов;
- соблюдение «тепловой цепочки» (сразу после рождения ребенок вытирается теплой пеленкой и выкладывается на живот матери (контакт кожа к коже) На голову ребенка одевалась шапочка, на ножки – носочки. Все процедуры: обработка кожи ребенка, пуповины, взвешивание – осуществляется спустя два часа.
- Профилактика гонобленореи осуществлялась на животе у матери через 1 час после рождения. тетрациклиновой или эритромициновой мазью с информированного согласия женщины.
- первое прикладывание к груди осуществлялось в интервале от 30 минут до 1 часа под контролем медицинского персонал

В индивидуальном родильном зале роженица находится весь процесс родов, а после родов - в течение двух часов. С целью предупреждения охлаждения младенца, лежащего на животе у мамы, а затем - у груди, нами отработан оптимальный температурный режим в родильном зале и меры по профилактике гипотермии.

Поощрение кожного контакта, установившегося между матерью и младенцем сразу после рождения, и раннее прикладывание ребенка к груди, благотворно влияют на укрепление связи мать-ребенок, стимулируя секрецию грудного молока. Сосательные движения ребенка (или он просто лижет грудь) стимулируют нервные окончания комплекса сосок-ареола, посылая импульсы в гипоталамус-гипофиз, вызывая секрецию пролактина в передней доле гипофиза и окситоцина - в задней. Пролактин стимулирует синтез грудного молока (ГМ). Другие гормоны (кортизол, инсулин, гормоны щитовидной железы и паращитовидных желез) также участвуют в поддержании лактации. Окситоцин обеспечивает сокращения матки и отслоение плаценты, а также выделение грудного молока из альвеол грудной железы в молочные протоки [133].

Обработка глаз для профилактики инфекционного блефарита проводится после установления кожного и визуального контакта ребенка с матерью через 2 часа после родов или, при наличии медицинских показаний - через 15-20 минут.

Туалет новорожденного проводится после прекращения сосания ребенка. Как правило насыщение ребенка наступает в течение 60-120 минут после родов.

Мы рекомендуем отказаться от устаревшей практики снимать первородную смазку, так как доказано, что она является своеобразным биологическим "лосьоном", обеспечивающим защиту младенца от контаминации нозокомеальной микрофлорой.

После туалета новорожденного решается вопрос о переводе в послеродовое отделение.

Показаниями для совместного пребывания матери и ее ребенка считались все случаи, кроме тех, когда мать не может быть привлечена к уходу за своим ребенком по состоянию здоровья. К последним относятся:

- тяжёлые осложнения беременности (преэклампсия, эклампсия);
- экстрагенитальные заболевания в состоянии декомпенсации;
- нервно-психические заболевания, немотивированное поведение, неустойчивый эмоциональный статус.

Показаниями для отдельного размещения ребенка были состояния, требующие усиленного медицинского вмешательства (ребенок переводится в отделение реанимации и интенсивной терапии - ОРИТ) :

- низкий гестационный возраст (менее 32 недель);
- низкая масса тела при рождении (1500 г и менее);
- признаки тяжелой внутриутробной гипоксии и сердечно-легочного дистресса;
- тяжелые пороки развития, сопровождающиеся симптомами сердечно-легочного дистресса.

При состоянии новорожденных, исключающем возможность прикладывания к груди производилось сцеживание грудного молока из молочных желез матери и кормление детей с помощью мензурки или через зонд.

Все вышеизложенные разработки по ведению родов, методов кожного контакта матери и новорожденного, времени первого прикладывания младенца к груди матери, а также показания и противопоказания к последующему их совместному содержанию были результатом анализа движений 632 рожениц - родильниц - новорожденных в отделениях акушерского блока ЦКМТ в 2000 году. Отбор пар "Мать - ребенок" проводился методом случайной выборки, что способствовало

доказательству возможности организации их совместного содержания в родильном стационаре любого профиля (таблица 3,4 и рисунок 2).

3.1.2. Особенности перепланировки и оснащения отделений. Работа палат совместного содержания родильниц и новорожденных и медицинского персонала.

Необходимая перепланировка и оснащение отделений совместного содержания родильниц и новорожденных решалась с учетом потребностей санитарно-технического и медицинского обеспечения госпитализированного контингента, исходя из возможностей здания, построенного 50 лет (1936 год) по нетиповому проекту.

В соответствии с требованиями СНиП санитарная норма площадей на одну материнскую койку составляет 7 м², на одну детскую 4-5 м², следовательно, на одну совместную приходится не менее 11-12 м².

Оптимальным числом коек в одной палате совместного пребывания считаем 2+2 или 3+3, в ЦКМТ также имеются палаты 1 + 1. Размещение двух или трех родильниц помогает осуществлять перекрестное наблюдение за состоянием здоровья, уходом за детьми и поведением каждой из женщин, особенно первородящих, практически недостаточно подготовленных к самостоятельному уходу за новорожденными.

Наиболее рациональна расстановка оборудования в палате в виде "гнезда" : кровать ребенка устанавливается около кровати матери и в таком случае ребенок может пеленаться в собственной кроватке. Отпадает нужда в пеленальном столе и ограничивается возможность перекрестной колонизации микрофлорой другого ребенка в палате.

Потребность в твердом и мягком инвентаре минимальна : на каждую мать односпальная кровать, тумбочка для личных вещей, легко обрабатываемый стул, детская кроватка. В палате устанавливается стол для всех женщин и детские весы.

В палатах совместного содержания должна быть хотя бы одна раковина-умывальник с централизованной подачей горячей и холодной воды. При наличии перед палатой шлюза с санузлом, умывальник для женщин устанавливается в шлюзе. При отсутствии шлюза - женщины пользуются общим санузлом и раковинами-

умывальниками. Умывальник в палате используется только для детей. Для удобства подмывания ребенка сместительную трубку крана следует поднять на 30-35 см выше обычного уровня.

Белье женщин меняется по установленному режиму, т.е. рубашки, полотенца, бюстгалтеры меняются ежедневно. В качестве подкладных используются одноразовые прокладки, смена которых проводится по потребности.

Белье для новорожденных стерильное в виде комплектов в расфасовке по 5-10 пеленок. Широко используются одноразовые подгузники (чаще "Pampers"), что значительно сокращает потребность в пеленках.

Грязное белье, во избежание инфицирования внешней среды, в палате не складывается, а по мере его появления удаляется персоналом или самой родильницей в шахту сбора грязного белья.

Материальные и другие подсобные помещения в отделениях не размещаются. Необходимые для работы белье, матрасы и др. доставляются из вспомогательных помещений, размещенных вне отделения. Необходимая гигиена помещений проводилась следующим образом:

- влажная уборка помещения проводилась не менее трех раз в день водой и моющими или дезинфицирующими средствами;
- обработка поверхностей после контакта с каждой пациенткой;
- в конце рабочей смены обработка поверхностей;
- генеральная уборка проводилась один раз в семь дней
- пятна крови, амниотической жидкости, вагинальных выделений. проводилась с помощью дезинфицирующих средств
- вместо кварцевания помещений проводилось проветривание;

Таким образом, внедрение современных перинатальных технологий и организация совместного пребывания матери и ребенка возможна с минимальным переоборудованием, что позволяет использовать эту форму работы в любом родовспомогательном стационаре.

Организация совместного содержания не требует особых финансовых вложений и может быть осуществлена в действующих родильных домах.

После выписки (или перевода) родильниц и новорожденных в палатах проводится генеральная уборка по общепринятым правилам.

Штаты акушерской и детской служб родильного ЦКМТ составлены соответствуют общепринятым нормативам. Начало рабочей смены в палатах

совместного пребывания ничем не отличается от работы в обычном родильном доме. Персонал принимает свой пост, определяет последовательность и характер своих обязанностей согласно существующей инструкции.

Прием родильниц и детей проводится после 2-х часового наблюдения в родильном блоке, когда дежурные врачи акушер и неонатолог определяют дальнейший маршрут матери и ребенка - в палату совместного или отдельного пребывания, о чем делается соответствующая запись в медицинской документации и сообщается женщине.

Характер обязанностей акушерки послеродового отделения при совместном пребывании матерей и новорожденных мало отличается от работы в обычном роддоме, т.е. в течение рабочей смены она выполняет назначения врача, контролирует состояние здоровья, действия женщин по самообслуживанию, кормлению и уходу за детьми, участвует в поддержании высокого уровня санитарно-эпидемиологического режима в палатах, отделении.

В связи с разной степенью общей культуры и подготовленности к материнству не менее 10% суточной занятости уходит на обучение родильниц правилам ухода за ребенком.

Наиболее существенные изменения по организации совместного пребывания матери и ребенка претерпели обязанности медсестер. Прием новорожденного, как и родильницы, проводится постовой медсестрой в родильном блоке после проверки медицинских документов и браслетов у матери и ребенка. Через 2 часа послеродового наблюдения, повторно проверив содержание браслетов и совпадение номеров кроватей матери и ребенка, медсестра в палате совместного или отдельного пребывания проводит заключительную часть первичного туалета новорожденного по общим правилам, т.е. повторную профилактику гонобленнореи, мытье со стерильным мылом волосистой части головки при ее обильном загрязнении кровью или меконием, контроль за состоянием пупочного остатка для предупреждения кровотечения.

Уже при первом пеленании медсестра знакомит мать с порядком обработки рук, проведения пеленания ребенка, предупреждения инфекции, с особенностями ухода за новорожденным и обучает правилам грудного вскармливания.

Первое прикладывание к груди в послеродовой палате проводится с помощью постовой медсестры по требованию ребенка не позже 3-х часов после рождения с

учетом того, что 1-е кормление осуществлено в родильном зале. Попаданием нативного молозивного материнского молока в желудочно-кишечный тракт ребенка обеспечивается создание в нем благоприятной биологической среды, препятствующей заселению и росту болезнетворных бактерий, грибов, паразитов, вирусов.

В дальнейшем женщины сами проводят пеленание и кормление. В процессе пеленания мать не проводит обработку глаз, пупочного остатка и кожи, ограничиваясь подмыванием ребенка теплой проточной водой с последующим просушиванием кожи и сменой пеленок.

По нашим данным, полностью овладевает этими навыками к концу 1-х суток 80,4% повторнородящих, и к концу 2-х суток - 85,3% первородящих.

Овладению навыками ухода и грудного вскармливания ребенка, по отзывам женщин, способствовали, нередко сочетаясь между собой, советы женщин из группы поддержки матерей - в 86,2%, советы врача - в 63,6%, советы медсестры - в 43,7%, советы соседки по палате - в 24,8%, собственный опыт - в 6,9% случаев. Благоприятное влияние соседки по палате отметило 38,7% первородящих женщин.

Учитывая это, целесообразно при одновременности родов размещать контингент первородящих с повторнородящими.

Два раза в сутки проводится туалет новорожденных в часы, отведенные для этого внутренним распорядком роддома. На передвижной столик медсестра укладывает необходимые стерильные растворы и стерильный материал для обработки глаз, кожи и пупочного остатка, а также в оптимальном варианте, набор стерильных перчаток. Перед входом в палаты медсестра надевает пластиковую накидку-фартук, в палате моет руки с мылом и надевает стерильные перчатки. Как правило, на предварительно обработанный дезраствором пеленальный стол, ребенка выкладывает мать, распеленав и, при необходимости, подмыв его, после чего медсестра обрабатывает складки кожи ребенка стерильным растительным маслом в индивидуальной расфасовке (по 10 мл на 1 обработку). Для генерального туалета второго ребенка, находящегося в палате, медсестра обрабатывает перчатки спиртом, или лучше - надевает новую пару стерильных перчаток.

В результате привлечения матерей к уходу за детьми непосредственное участие медсестер в пеленании имеет место в 20-30 случаях за смену на одном

посту (в основном, в 1-е сутки после рождения) вместо 90-100 пеленаний при обычной форме работы.

Благодаря наличию электронных весов в каждом отделении контролируется динамика массы тела ребенка медсестрой или самой матерью. В истории развития ребенка отмечаются результаты ежедневного контрольного взвешивания, которое обычно проводится перед утренним кормлением. Это дает объективную оценку лактации, ее становлению, помогает ориентироваться в процессах вскармливания и состояния здоровья ребенка и матери.

Врач-неонатолог проводит ежедневный обход и осмотр новорожденных детей. Подготовка рук, обработка и смена стерильных перчаток для профилактики контактного инфицирования детей осуществляется по тем же принципам, что и у медсестер.

В процессе обхода врач проводит беседу с женщинами о развитии их детей, обращая особое внимание на состояние их здоровья, о преимуществах грудного вскармливания для матери и новорожденного, а также о соблюдении личной гигиены и правил санитарного эпидемиологического режима.

Для врачебного осмотра мать выкладывает ребенка на обработанный пеленальный стол, разворачивая его так, чтобы врач не касался внешних нестерильных частей белья. Стетофонедоскоп врач берет руками через стерильную пеленку, обрабатывая его после осмотра каждого ребенка шариком со спиртом. При необходимости врач дополнительно обрабатывает пупочный остаток, после чего мать пеленает ребенка.

При опросе медицинского персонала об особенностях работы в условиях совместного пребывания матери и ребенка, 66% среднего персонала отметили утомление от необходимости большой разъяснительной работы и ответов на разнообразные вопросы матерей. Однако направленное обучение дает уверенность в овладении навыками ухода за детьми к 5-6-м суткам совместного пребывания, что подтвердили все опрошенные матери .

Любое ухудшение в состоянии здоровья детей или женщин, изменение отношения матери к своему ребенку в сторону безразличия или агрессивности (что по нашим данным не встречалось), появление у матери чрезмерного беспокойства, страха, болезненной мнительности, повышенной ответственности и тревожности, что отмечено нами в 0,2% случаев, требует немедленного перевода ребенка под

наблюдение медперсонала, вывода женщины из палаты совместного пребывания во избежание опасности возникновения (или обострения хронических) психических заболеваний. По нашим данным, за 3-летний период работы ЦКМТ по этой системе случаев послеродовых психозов в палатах совместного пребывания не отмечено.

Юридическую ответственность за жизнь и здоровье детей несет персонал, но, по мнению Berle P. [78], и мать должна нести ответственность за своего ребенка, о чем она должна быть предупреждена.

Все женщины кормят детей по требованию ребенка днем и ночью только грудным молоком, то есть соблюдалось исключительно грудное вскармливание.

Итак, в палатах совместного содержания матери и ребенка создаются условия для ограничения контакта их с ежедневно меняющимся дежурным персоналом родильного стационара, для обучения матерей навыкам ухода, правильного прикладывания детей к груди, проведения грудного вскармливания по требованию ребенка как днем, так и ночью, без введения дополнительного питья и какого-либо докорма, то есть соблюдения исключительно грудного вскармливания.

3.2. Особенности течения послеродового периода и состояние здоровья родильниц в зависимости от принципов послеродового обслуживания

Для успешного решения 2-й задачи нашего исследования проведен анализ течения послеродового периода у 500 родильниц, из которых 250 составили основную группу и 250 – группу контроля .

Родильницы основной группы находились в послеродовых палатах совместно с новорожденными и в практику их обслуживания внедрены новые перинатальные технологии.

Родильницы группы контроля размещались отдельно с новорожденными и ведение послеродового периода у них было традиционным.

Анализ основывался на данных клинико-лабораторного и инструментального обследования указанного контингента родильниц, результаты которых позволили выявить существенные различия течения послеродового периода у них.

3.2.1. Клиническая характеристика родильниц

Анализ возрастного состава родильниц сравниваемых групп не выявил существенных различий, наиболее часто рожали женщины оптимального детородного возраста (19-29 лет), составившие в основной группе 73,6%, в группе сравнения - 78,6%, юных было соответственно 3,6% и 4,0%, в возрасте 30 лет и более - 22,7% и 22,4% .

Средний возраст родильниц основной группы - $25,7 \pm 0,5$ лет, достоверно не отличался от среднего возраста родильниц группы сравнения - $24,8 \pm 0,5$ лет ($p > 0,05$).

В социальном составе родильниц обеих групп преобладали домохозяйки ($44,0 \pm 3,1\%$ и $44,8 \pm 3,2\%$, соответственно). В большинстве случаев среди них были временно неработающие женщины. Высок удельный вес служащих: $27,6 \pm 2,8\%$ в основной и $26,8 \pm 2,8\%$ в группе сравнения. В основной группе рабочие составили $20,8 \pm 2,6\%$, в группе сравнения - $19,2 \pm 2,5\%$. Удельный вес студенток составил $7,6 \pm 1,7\%$ в основной и $9,2 \pm 1,8\%$ в группе сравнения (таблица 7).

В сравниваемых группах было одинаковое количество первородящих и повторнородящих. Частота родильниц с отягощенным акушерским анамнезом в основной группе составила $67,6 \pm 3,6\%$, в группе сравнения - $63,2 \pm 3,1\%$. Одинаково часто в обеих группах имелись у родильниц гинекологические заболевания в анамнезе. Так в основной группе этот показатель составил $58,0 \pm 3,1\%$, в группе сравнения - $61,6 \pm 3,1\%$.

У преобладающего большинства женщин роды были срочными : в основной - $90,8 \pm 1,8\%$ и в группе сравнения - $88,8 \pm 2,0\%$ ($p > 0,05$).

Как видно из таблицы 7, достоверных различий по уровню перечисленных показателей в основной группе и группе сравнения не было ($p > 0,05$).

Уровень экстрагенитальных заболеваний (ЭГЗ) в обеих группах был одинаковый. Так, в основной группе на 1 беременную пришлось 1,6 ЭГЗ, а в группе сравнения - 1,5.

Течение беременности в обеих группах с одинаковой частотой осложнялось угрозой прерывания, кольпитом, ОРВИ, обострением хронического пиелонефрита и т.д.

Таблица 7

Основные сведения о родильницах основной группы и группы сравнения

Общие данные	Основная группа n=250		Группа сравнения n=250		P
	абс.	%	абс.	%	
1	2	3	4	5	6
Средний возраст (лет)	26,7±0,5		24,8±0,5		>0,05
<u>Национальность:</u> грузинки другие		61,2 ± 3,2 38,8 ± 3,1	145 105	58,0 ± 2,9 42,0 ± 3,1	> 0,05 >0,05
<u>Социальное положение:</u>					
Домохозяйки	110	44,0 ± 3,1	112	44,8 ± 3,2	> 0,05
Служащие	69	27,6 ± 2,8	67	26,8 ± 2,8	> 0,05
Рабочие	52	20,8 ± 2,6	48	19,2 ± 2,5	> 0,05
Студентки	19	7,6 ± 1,7	23	9,2 ± 1,8	> 0,05
<u>Образование:</u>					
Неполное	2	0,8 ± 0,6	3	1,2 ± 0,7	> 0,05
Среднее	89	35,6 ± 3,0	91	36,4 ± 3,0	> 0,05
средне-специальное	68	27,2 ± 2,8	65	26,0 ± 2,7	> 0,05
неполное высшее	21	8,4 ± 1,8	21	8,4 ± 1,8	-
Высшее	70	28,0 ± 2,8	70	28,0 ± 2,8	-
<u>Паритет родов</u>					
Первородящие	130	52,0 ± 3,2	130	52,0 ± 3,2	-
повторнородящие	120	48,0 ± 3,2	120	48,0 ± 3,2	-
Отягощенный акушерский анамнез	169	67,6 ± 3,6	158	63,2 ± 3,1	> 0,05

1	2	3	4	5	6
Гинекологические заболевания в Анамнезе	145	58,0 ± 3,1	154	61,6 ± 3,1	> 0,05
<u>Сроки гестации данных родов:</u>					
преждевременные	11	4,4 ± 1,3	12	4,8 ± 1,3	> 0,05
Срочные	227	90,8 ± 1,8	222	88,8 ± 2,0	> 0,05

запоздалые	12	4,8 ± 1,4	16	6,4 ± 1,6	> 0,05
------------	----	-----------	----	-----------	--------

Таблица 8

Течение беременности и родов в сравниваемых группах

Осложнения беременности и родов	Основная группа n=250		Группа сравнения n= 250		
	абс.	%	абс.	%	
1	2	3	4	5	6
Ранний токсикоз	61	24,4 ± 2,7	46	18,4 ± 2,3	> 0,05
Поздний гестоз	140	56,0 ± 3,1	152	60,8 ± 3,1	> 0,05
<u>Анемия : всего</u>	198	79,2 ± 2,8	195	78,0 ± 2,6	> 0,05
I степени	133	53,2 ± 3,2	127	50,8 ± 3,2	> 0,05
II степени	60	24,0 ± 2,7	62	24,8 ± 2,7	> 0,05
III степени	5	2,0 ± 0,9	6	2,4 ± 1,0	> 0,05
Угроза прерывания беременности	91	36,4 ± 3,1	92	36,8 ± 3,1	> 0,05
Кольпит	72	28,8 ± 2,9	68	27,2 ± 2,8	> 0,05
ОРВИ	47	18,8 ± 2,5	49	19,6 ± 2,5	> 0,05
Обострение хронического пиелонефрита	28	11,2 ± 2,0	21	8,4 ± 1,8	> 0,05
Хроническая ФПН	25	10,0 ± 1,9	30	12,0 ± 2,1	> 0,05
Несвоевременное Излитие Околоплодных вод	127	5,8 ± 3,2	125	50,0 ± 3,2	> 0,05

1	2	3	4	5	6
<u>Аномалии</u> <u>Родовой</u> <u>деятельности :</u>					
Всего	80	32,0 ± 2,9	90	36,0 ± 3,0	> 0,05
Чрезмерная	44	17,6 ± 2,4	48	19,2 ± 2,5	> 0,05
Слабость	12	4,8 ± 1,4	16	6,4 ± 1,6	> 0,05
патологический прелиминарный Период	24	9,6 ± 1,9	26	10,4 ± 2,5	> 0,05
Дефект последа	41	16,4 ± 2,3	49	19,6 ± 2,5	> 0,05

Беременные обеих групп родоразрешены через естественные родовые пути. Достоверной разницы между группами в частоте проводимого родовозбуждения и родостимуляции также не было. В основной группе этот показатель составил $10,0 \pm 1,9\%$, в группе сравнения - $12,8 \pm 2,1\%$ ($p > 0,05$).

3.2.2. Динамика процессов инволюции матки. Послеродовая инфекционная заболеваемость родильниц.

Наиболее яркими критериями течения послеродового периода у родильниц являются сокращение миометрия сразу после родов, объём кровопотери и динамика инволюции матки.

Исследование процессов инволюции послеродовой матки проведено у идентичного контингента родильниц, выделенного из основной группы (50) и из группы сравнения (50). Их характеристика представлена в таблицах 9, 10.

Таблица 9

Характеристика родильниц основной группы и группы сравнения,
у которых проводились инструментальные методы исследования

Общие данные	Основная группа n=50		Группа сравнения n=50		P
	абс.	%	абс.	%	
Средний возраст, лет	26,0 ± 0,65		25,0 ± 0,65		> 0,05
<u>Национальность :</u>					
Грузинки	24	48,0 ± 7,1	16	32,0 ± 6,6	> 0,05
русские	18	36,0 ± 6,8	26	52,0 ± 7,1	> 0,05
другие	8	16,0 ± 5,2	8	16,0 ± 5,2	-
<u>Паритет родов :</u>					
первородящие	25	50,0 ± 7,1	25	50,0 ± 7,1	-
повторнородящие	25	50,0 ± 7,1	25	50,0 ± 7,1	-
Отягощенный акушерский анамнез	28	56,0 ± 7,0	32	64,0 ± 6,8	> 0,05
Гинекологические заболевания в анамнезе	38	76,0 ± 6,0	36	72,0 ± 6,4	> 0,05
<u>Сроки гестации данных родов :</u>					
преждевременные	1	2,0 ± 1,9	4	8,0 ± 3,8	> 0,05
срочные	46	92,0 ± 3,8	42	84,0 ± 5,2	> 0,05
запоздалые	3	6,0 ± 3,4	4	8,0 ± 3,8	> 0,05
Количество ЭГЗ на 1 родильницу	1,3		1,2		

Таблица 10

Особенности течения беременности и родов в группах, в которых проводились
инструментальные методы исследования

Осложнения беременности и родов	Основная группа n=50		Группа сравнения n= 50		P
	абс.	%	абс.	%	
Ранний токсикоз	16	32,0 ± 6,6	11	22,0 ± 5,9	> 0,05
Поздний гестоз	33	66,0 ± 6,7	36	72,0 ± 6,4	> 0,05
<u>Анемия:</u>					
Всего	39	78,0 ± 5,9	34	68,0 ± 6,6	> 0,05
I степени	26	52,0 ± 7,1	23	46,0 ± 7,1	> 0,05
II степени	12	24,0 ± 6,0	9	18,0 ± 5,4	> 0,05
III степени	1	2,0 ± 1,9	2	4,0 ± 2,8	> 0,05
Угроза прерывания беременности	20	40,0 ± 6,9	23	46,0 ± 7,1	> 0,05
Кольпит	15	30,0 ± 6,5	14	28,0 ± 6,4	> 0,05
ОРВИ	8	16,0 ± 5,2	12	24,0 ± 6,0	> 0,05
Обострение хронического пиелонефрита	4	8,0 ± 3,8	2	4,0 ± 2,8	> 0,05
Многоводие	1	2,0 ± 1,9	2	4,0 ± 2,8	> 0,05
Хроническая ФПН	5	10,0 ± 4,3	9	18,0 ± 5,4	> 0,05
Несвоевременное излитие околоплодных вод	21	42,0 ± 7,0	28	56,0 ± 7,0	> 0,05
<u>Аномалии родовой деятельности :</u>					
Всего	12	24,0 ± 6,0	11	22,0 ± 5,9	> 0,05
чрезмерная слабость	6	12,0 ± 4,6	8	16,0 ± 5,2	> 0,05
патологический прелиминарный период	1	2,0 ± 1,9	4	8,0 ± 3,8	> 0,05
Дефект последа	5	10,0 ± 4,3	1	2,0 ± 1,9	> 0,05
Дефект последа	7	14,0 ± 4,9	8	16,0 ± 5,2	> 0,05

Итак, приведенные сведения о родильницах сравниваемых групп подтверждают их идентичность по возрасту, срокам гестации, паритету беременности и родов, течению гестационного периода.

Всем женщинам основной группы были проведены кожный контакт в течение 120 минут путем укладывания на живот матери сразу после рождения новорожденных детей и раннее грудное вскармливание.

Женщины группы сравнения были отделены от своих детей сразу после рождения и грудное вскармливание осуществлялось через 6-12 часов в послеродовых палатах. При этом ребенок был запеленован и касался материнской груди только носом или щечкой. Время кормления ограничивалось.

Объем кровопотери в раннем послеродовом периоде в основной группе составил $177,9 \pm 6,0$ мл, в группе сравнения - $207,4 \pm 7,6$ мл ($p < 0,002$).

Уровень гипотонических кровотечений в послеродовом периоде в основной группе был в 3,3 раза ниже, чем в группе сравнения и соответственно составил $1,2 \pm 0,7\%$ и $4,0 \pm 1,2\%$ ($p < 0,05$).

В обеих группах исходный уровень гемоглобина был одинаков (в основной $105,0 \pm 2,5$ г/л, в группе сравнения - $104,0 \pm 2,4$ г/л, $p > 0,05$), на третьи сутки послеродового периода в основной группе уровень гемоглобина был статистически достоверно выше, чем в группе сравнения (соответственно $100,4 \pm 2,4$ г/л и $93,0 \pm 2,3$ г/л, $p < 0,05$).

Эти данные можно объяснить меньшим объемом физиологической кровопотери в послеродовом периоде в основной группе, а также меньшей частотой гипотонических кровотечений.

В группе сравнения чаще регистрировались послеродовые осложнения инфекционного характера. Частота метроэндометрита в группе сравнения 6,5 раза выше, чем в основной (соответственно $5,2 \pm 1,4\%$ и $0,8 \pm 0,6\%$, $p < 0,01$). Лохиометра в группе сравнения встречалась в 5,8 раза чаще, чем в основной ($18,4 \pm 2,5\%$ и $3,2 \pm 1,1\%$, $p < 0,01$).

Осложнения со стороны молочных желёз выявились в основном у родильниц группы сравнения. Так, частота лактостаза у них составила $8,8 \pm 1,8\%$, тогда как у женщин основной группы - $1,6 \pm 0,7\%$ ($p < 0,01$) (таблица 11). Развитие лактостазов было вызвано поздним прикладыванием

новорожденных к груди (в начале 2-х суток), кормлением по режиму и соблюдением 6-часового ночного перерыва в кормлении.

Выявление трещин сосков у $15,2 \pm 2,3\%$ женщин группы сравнения свидетельствовало о неправильном прикладывании младенцев к груди, как следствие отсутствия специального обучения родильниц.

Таблица 11

Частота осложнений со стороны молочных желез
в зависимости от принципов послеродового обслуживания

Осложнения	Основная группа		Группа сравнения		P
	абс.	%	абс.	%	
Лактостаз	4	$1,6 \pm 0,7$	22	$8,8 \pm 1,8$	$< 0,01$
Трещины сосков	8	$3,2 \pm 1,1$	38	$15,2 \pm 2,3$	$< 0,001$

В связи с тем, что лактационные маститы чаще всего возникают не на 1-ой неделе после родов, а позже, главным образом в течение первых 3-х месяцев после родов, их частота нами изучена по данным отчетов Городской санитарно-эпидемиологической службы (СЭС), располагающей такими сведениями в связи с обязательной регистрацией каждого случая лактационного мастита до года после родов. Если все случаи маститов в 1994 году взять за 100%, то динамика их снижения в течение последующих 4-х лет значительна. В таблице 12 приведены данные о частоте лактационных маститов, развившихся в течение года после родов среди женщин, рожавших в ЦКМТ.

Таблица 12

Динамика частоты лактационных маститов у женщин,
рожавших в ЦКМТ в 1997-2001 гг. (%)

Контингент женщин	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.
До полной реконструкции	100,0	42,2	7,0	3,6	1,5
После реконструкции	100,0	50,0	25,0	21,0	10,0

Как видно из таблицы 12, частота лактационных маститов с переходом на совместное пребывание снижалась в 2001 году в 10 раз по сравнению с 1997 годом.

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что у идентичного контингента рожениц -родильниц характер течения послеродового периода находился в прямой зависимости от принципов обслуживания.

Таблица 13

Динамика инволюции послеродовой матки у родильниц
основной группы и группы сравнения (высота дна матки)

Изучаемые группы	Сутки пребывания	Высота дна матки (мм)		
		Абсолютная величина (мм)	Сокращение матки	
			абс.(мм)	В % к исход.
Основная группа n=50	1	138,7±1,3		
	2	127,6±0,8	11,1	8,0
	3	116,5±0,7	11,1	8,0
	4	105,2±0,8	11,3	8,2
	5	95,4±0,6	9,8	7,1
	Всего		43,3	31,3
Группа сравнения n=50	1	150,0±1,3*		
	2	143,0±1,4*	7,0	4,7
	3	135,0±1,4*	8,0	5,3
	4	128,5±1,2*	6,5	4,3
	5	119,2±1,1*	9,3	6
	Всего		30,8	20,3

Примечание : * - достоверность ($p < 0,001$) различий показателей сравниваемых групп в соответствующие сутки .

В первые сутки после родов высота дна матки у родильниц обеих групп имела статистически достоверные различия. Этот показатель в основной группе был 138,7±1,3мм, в контрольной 150,0±1,3 мм ($p < 0,001$). В остальные дни послеродового периода прослеживается такая же закономерность (таблица 13). За 5 суток послеродового периода высота стояния дна матки уменьшилась в основной группе на 43,3 мм, что составило 31,3% от исходного уровня, а в группе сравнения - на 30,8 мм, что составило 20,3 %.

Таблица 14

Динамика инволюции послеродовой матки у рожениц основной и контрольной групп (ширина матки)

Изучаемые группы	Сутки пребывания	Ширина матки (мм)		
		Абсолютная величина	Сокращение матки	
			абс.(мм)	В % к исход.
Основная группа n=50	1	129,3±0,8		
	2	120,0±1,4	9,3	7,2
	3	112,0±1,3	8,0	6,2
	4	102,7±1,3	9,3	7,2
	5	93,6±1,2	9,1	7,0
	Всего		35,7	27,6
Группа сравнения n=50	1	129,0±1,8		
	2	128,8±1,7*	0,2	0,2
	3	116,0±1,6*	12,8	9,9
	4	107,1±1,4**	8,9	6,9
	5	98,0±1,3**	9,1	7,1
	Всего		31,0	24,1

Примечание :

* - достоверность ($p < 0,001$) различий показателей сравниваемых групп в соответствующие сутки .

** - достоверность ($p < 0,05$) различий показателей сравниваемых групп в соответствующие сутки .

Как видно из таблицы 14, в первые сутки достоверной разницы в изменении ширины матки в обеих группах не было. Более значительное уменьшение этого показателя в основной группе начинается со 2-х суток. За 5 суток послеродового периода ширина матки в основной группе уменьшилась на 35,7 мм, что составило 27,6% к исходному уровню, в группе сравнения на 31,0 мм, что соответственно составило 24,1%.

Таблица 15

Динамика инволюции матки у рожениц сравниваемых групп (передне-задний размер)

Изучаемые группы	Сутки пребывания	Передне-задний размер матки (мм)	
		Абсолютная величина	Сокращение матки

			абс.(мм)	В % к исход.
Основная группа n=50	1	84,3±0,8		
	2	80,1±0,7	4,2	5,0
	3	75,8±0,8	4,3	5,1
	4	71,1±0,8	4,7	5,6
	5	67,0±0,9	4,1	4,9
	Всего		17,3	20,6
Группа сравнения n=50	1	86,4±0,7**		
	2	84,1±0,7*	2,3	2,7
	3	81,5±0,7*	2,6	3,1
	4	79,1±0,6*	2,4	2,8
	5	77,0±0,7*	2,0	2,3
	Всего		9,3	10,9

Примечание :

* - достоверность ($p < 0,001$) различий показателей сравниваемых групп в соответствующие сутки .

** - достоверность ($p < 0,05$) различий показателей сравниваемых групп в соответствующие сутки .

Как видно из таблицы 15, уже в первые сутки разница в уменьшении передне-заднего размера матки в основной группе была более значительна, чем в группе сравнения - $84,3 \pm 0,8$ мм и $86,4 \pm 0,7$ мм ($p < 0,05$). Такая же закономерность наблюдалась и в последующие дни.

За 5 суток послеродового периода уменьшение этого показателя в основной группе - 17,3 мм, в группе сравнения - 9,3 мм, что соответственно составило 20,6% и 10,9%.

Таб. №16 Динамика инволюции послеродовой матки у рожениц экспериментальной и контрольной группы(после 5 суток).

Изучаемые группы	Сутки пребывания в стационаре	Высота дна матки (мм)		
		Абсолютные величины (мм)	Сокращения матки	
			абс. величины (мм)	%
Экспериментальная Группа	5	95,4 ₋ 6	43,3	31,3
Контрольная группа	5	119,2 ₋ 1,1	30,8	20,3

Изучаемые группы		Ширина матки (мм)	
			Сокращения матки

	Сутки пребывания в стационаре	Абсолютные величины (мм)	абс. величины (мм)	%
Экспериментальная Группа	5	93,6 ₋ +1,2	35,7	27,6
Контрольная группа	5	98,0 ₋ +1,3	31,0	24,1

Изучаемые группы	Сутки пребывания в стационаре	Передне-задний размер (мм)		
		Абсолютные величины (мм)	Сокращения матки	
			абс. величины (мм)	В %к исх.
Экспериментальная Группа	5	67,0 ₋ +0,9	17,3	20,6
Контрольная группа	5	77,0 ₋ +0,7	9,3	10,9

В раннем послеродовом периоде в основной группе объем кровопотери составил $174,0 \pm 7,0$ мл, в группе сравнения $200,0 \pm 7,0$ мл ($p < 0,05$).

С целью изучения характера сократительной деятельности матки в раннем послеродовом периоде нами проводилась наружная гистерография у 20 родильниц, выделенных из основной группы (10) и из группы сравнения (10), идентичных пациенток по возрасту, срокам гестации, паритету беременности, родов, соматическому и акушерскому анамнезу, течению гестационного периода и родов. Так возраст рожениц основной группы составил $27,9 \pm 1,6$ лет, группы сравнения $27,7 \pm 1,6$ лет ($p > 0,05$). В сравниваемых группах количество первородящих и повторнородящих было одинаковое (по 5 беременных). Все роды были при доношенных сроках беременности. Вес родившихся детей в основной группе составил $3388,0 \pm 50,0$ г, в группе сравнения - $3300,0 \pm 70,0$ г ($p > 0,05$).

Гистерографическое исследование проводилось в течении 10 минут, полученные результаты отображены в таблице 16.

Таблица 17

Результаты анализа гистерограмм родильниц основной группы и группы сравнения

Показатели	Основная группа n=10	Группа сравнения n=10	P
Xmax мм	13,6 \pm 3,20	6,10 \pm 1,08	<0,05
t ₁ (сек.)	44,1 \pm 4,50	31,9 \pm 3,90	<0,05
t ₂ (сек.)	66,6 \pm 10,20	60,9 \pm 12,20	>0,05
t ₁ +t ₂ (сек.)	110,7 \pm 13,60	96,7 \pm 16,80	>0,05
S ₁ мм ²	53,2 \pm 15,03	20,5 \pm 11,03	<0,05

S_2 мм ²	90,4±35,30	33,4±7,97	>0,05
L_1 мм	15,2±2,96	9,5±1,36	<0,05
L_2 мм	17,7±3,50	11,7±1,83	>0,05
T^1 сек.	67,7±7,45	261,6±68,56	<0,001
α град.	74,0±1,83	55,0±7,20	<0,001
β град.	68,6±1,28	52,0±5,80	<0,05
τ сек.	159,4±18,40	340,0±78,30	<0,05
Количество схваток за 10'	3,6±0,32	2,2±0,51	<0,05
Единицы Монтевидео	51,3±9,10	14,9±3,90	<0,001

Как видно из представленной таблицы 16, максимальная амплитуда сокращений, характеризующая силу схваток в основной группе составила 13,60±3,20 мм, в группе сравнения - 6,10±1,08 мм ($p < 0,05$), т.е. в основной группе этот показатель был в 2,2 раза выше, чем в группе сравнения.

Время фазы сокращения также было статистически достоверно выше в основной группе, чем в группе сравнения (44,10±4,50 сек против 31,90±3,90 сек, $p < 0,05$), длина полуволены схватки (фазы сокращения) в основной группе - 15,20±2,96 мм, в группе сравнения - 9,50±1,36 мм ($p < 0,05$).

С максимальной амплитудой и продолжительностью фазы сокращения математически связан и другой показатель - площадь фигуры фазы сокращения, которая больше в основной группе, чем в группе сравнения (53,20±15,03 мм² против 20,50±11,03 мм², $p < 0,05$).

Достоверной разницы между временем фазы расслабления, площадью фигуры фазы расслабления, а также длиной полуволены схватки (фазы расслабления) в сравниваемых группах нет.

Длительность схваток в основной группе более значительна, чем в группе сравнения, но разница статистически не достоверна (110,70±13,60 мм против 96,70±16,80 мм, $p > 0,05$). Значительная разница в обеих группах в длительности интервала между схватками, так в основной группе этот показатель составил 67,70±7,45 сек, в группе сравнения - 261,6±68,56 сек ($p < 0,001$). Следовательно, и длительность маточного цикла за счет более значительного интервала между схватками в группе сравнения больше (159,40±18,40 сек в основной против 340,00±78,30 сек в группе сравнения, $p < 0,001$).

Количество схваток за 10 минут в основной группе 3,60±0,32, в группе сравнения - 2,20±0,51, $p < 0,05$.

С целью оценки эффективности маточных сокращений сравнивались единицы Монтевидео. В основной группе этот показатель в 3,4 раза превышал показатель группы сравнения ($51,30 \pm 9,10$ Ем против $14,90 \pm 3,90$ Ем, $p < 0,001$).

Проведенный анализ гистерограмм доказал позитивное влияние раннего прикладывания в родильном зале новорожденных к груди на сократительную способность матки родильниц основной группы, которая была более эффективной, чем в группе, где дети прикладывались к груди матери только через 6-12 часов. Нами обнаружена обратная тесная корреляция между временем фазы сокращения и высотой дна матки $r_{xy} = -0,81$, а также обратная корреляция между количеством схваток за 10 минут и высотой дна матки $r_{xy} = -0,36$.

Таким образом, у женщин основной группы, находившихся в раннем кожном контакте с новорожденными и начавших грудное вскармливание сразу после родов, в отличие от родильниц группы сравнения, отделенных после родов от своих детей и начавших грудное вскармливание через 6-12 часов, течение послеродового периода было более благоприятным в плане ускоренного процесса инволюции матки.

Ускоренное сокращение матки связано с лучшей секрецией окситоцина у женщин основной группы, как следствие рефлекса, вызываемого раздражением зоны "сосок-ареола" при кормлении, начатом в родильном зале.

Ускоренное сокращение матки у родильниц основной группы обеспечило и меньшую кровопотерю после родов, которая составила $177,9 \pm 6,0$ мл, а в группе сравнения - $207,4 \pm 7,6$ мл, $p < 0,002$.

При анализе послеродовой заболеваемости у родильниц сравниваемых групп выявлено, что в основной группе частота осложнённого течения послеродового периода была значительно ниже и регистрировалась у $8,0 \pm 1,7\%$ женщин, а в группе сравнения у $30,8 \pm 2,9\%$.

Течение послеродового периода у рожениц сравниваемых групп

Течение послеродового периода	Основная группа n=250		Группа сравнения n=250		P
	абс.	%	абс.	%	
Осложненное течение послеродового периода	20	8,0 ± 1,7	77	30,8 ± 2,9	< 0,001
Гипотоническое кровотечение в раннем и позднем послеродовых периодах	3	1,2 ± 0,7	10	4,0 ± 1,2	< 0,05
Метроэндо-метрит	2	0,8 ± 0,6	13	5,2 ± 1,4	< 0,01
Лохиометра	8	3,2 ± 1,1	46	18,4 ± 2,5	< 0,001

Из осложнений неинфекционного характера отмечалось гипотоническое кровотечение в раннем и позднем послеродовом периодах у 1,2±0,7% рожениц основной группы и у 4,0±1,2% рожениц группы сравнения (p<0,05).

Частота послеродовых инфекционных осложнений также была значительно ниже у рожениц основной группы. Так, метроэндометрит диагностирован у 0,8±0,6% женщин основной группы и у 5,2±1,4% - в группе сравнения (p<0,01), соответственно лохиометра у 3,2±1,1% и 18,4±2,5% (p<0,001).

Кроме того, при совместном содержании матери и ребёнка создаются лучшие условия для изоляции пары от контактов с постоянно меняющимся персоналом родильного дома и предупреждения массивной колонизации госпитальными штаммами микрофлоры, т.е. профилактики внутрибольничного инфицирования.

3.2.3. Особенности становления лактации у рожениц в условиях применения новых перинатальных технологий

Общеизвестно, что лактация - это генетически детерминированный процесс, обеспечивающий физиологичность процессов адаптации и нормальное развитие новорожденных. Лактация важна и для сохранения здоровья женщины.

Изучение характера лактации проводилось у родильниц, выделенных из основной группы (50) и группы сравнения (50). Их характеристика, представленная в таблицах 9, 10, свидетельствует об идентичности сравниваемых групп.

Родильницам основной группы сразу после родов обеспечили контакт с новорожденными "кожа к коже" и раннее, исключительно грудное вскармливание в родильном зале, с последующим его продолжением в послеродовых палатах по требованию ребёнка днём и ночью.

Родильницам группы сравнения оказывалась традиционная помощь в родильном зале. Их новорожденные отделялись сразу после родов и дальнейший уход за ними осуществлялся в палатах для новорожденных и грудное вскармливание начиналось через 6-8 часов после родов и позже. В последующие дни детей приносили к мамам через каждые 3,5 часа, с соблюдением 6-часового ночного перерыва.

У родильниц основной группы и группы сравнения ежедневно проводилось УЗИ молочных желез и определялась ширина млечных протоков.

В первые сутки разницы в этом показателе в обеих группах не было: $2,17 \pm 0,03$ мм в основной группе и $2,15 \pm 0,02$ мм в группе сравнения ($p > 0,05$) (Таблица 18).

Со вторых суток послеродового периода ширина млечных протоков в основной группе была статистически достоверно выше, чем в группе сравнения (соответственно $2,35 \pm 0,02$ мм против $2,17 \pm 0,03$ мм, $p < 0,001$). На пятые сутки эта разница была более значительна: $4,0 \pm 0,05$ мм и $2,98 \pm 0,03$ мм, ($p < 0,001$). Большая ширина млечных протоков в основной группе, видимо, является подтверждением более значительного уровня их наполнения молоком при свободном режиме кормления.

Таблица 19

Ширина млечных протоков молочных желез у родильниц основной группы и группы сравнения

Сутки послеродового периода	Основная группа n=50	Группа сравнения n=50	P
1	2,17 ±0,03	2,15 ±0,02	p > 0,05
2	2,35 ± 0,02	2,17 ±0,03	p < 0,001
3	3,03 ± 0,04	2,58 ±0,03	p < 0,001
4	3,59 ± 0,04	2,76 ± 0,03	p < 0,001
5	4,0 ± 0,05	2,98 ± 0,03	p < 0,001

Учитывая, что сцеживание грудного молока влечёт искусственное усиление лактации, мы с целью изучения естественного становления лактации измеряли количество высосанного молока в граммах путем установления разницы в массе тела ребенка до и после кормления. Взвешивание проводилось на электронных весах специально обученной медицинской сестрой, а также матерью ребенка на 3-и, 4-й и 5-й дни после каждого кормления.

Данное исследование было проведено в двух группах. В обеих группах было по 25 первородящих и 25 повторнородящих родильниц.

Таблица 20

Количество высосанного молока за сутки новорожденными основной группы и группы сравнения

сутки	Количество высосанного молока		P	Количество высосанного молока		P
	Основная группа n=50			Группа сравнения n=50		
	первородящ n=25 M±m	повторнород n=25 M±m		первородящ n=25 M±m	повторнород n=25 M±m	
3	187,1±16,2	194,2±15,4	> 0,05	128,5±14,1*	134,5±15,4**	>0,05
4	258,1±10,1	299,4±16,8	< 0,05	196,5±14,2*	223,3±17,5**	>0,05
5	289,0±13,3	329,6±14,7	<0,05	239,0±14,4*	256,0±12,5**	>0,05

Примечание:

p - достоверность различий количества высосанного молока первородящих и повторнородящих в каждой группе.

- * - достоверность различий количества высосанного молока у первородящих основной группы и группы сравнения;
- ** - достоверность различий количества высосанного молока у повторнородящих основной группы и группы сравнения.

Лактация у родильниц при совместном пребывании, в основном, начиналась плавно, без резкого набухания молочных желез, постепенно нарастая по мере увеличения потребности новорожденного в молоке.

В динамике наблюдения было выявлено, что у первородящих женщин основной группы количество высосанного молока на 3-и сутки составило $187,1 \pm 16,2$ г, на 4-е сутки - $258,1 \pm 10,1$ г и на 5-е сутки - $289,0 \pm 13,3$ г (таблица 19).

У повторнородящих родильниц количество молока в динамике нарастало быстрее, составляло соответственно $194,2 \pm 15,4$ г, $299,4 \pm 16,8$ г и $329,6 \pm 14,7$ г.

Причем, на 3-и сутки статистически достоверной разницы между количеством высосанного молока у первородящих и повторнородящих в основной группе не было ($187,1 \pm 16,2$ г и $194,2 \pm 15,4$ г, $p > 0,05$). Начиная с 4-х суток эта разница более выражена ($258,1 \pm 10,1$ г и $299,4 \pm 16,8$ г, $p < 0,05$), оставаясь статистически достоверной и на 5-е сутки ($289,0 \pm 13,3$ г и $329,6 \pm 14,7$ г, $p < 0,05$).

При раздельном содержании лактация сопровождалась выраженным нагрубанием молочных желез. У первородящих женщин этой группы количество высосанного молока на 3-и сутки составило $128,5 \pm 14,1$ г, на 4-е - $196,5 \pm 14,2$ г и на 5-е - $239,0 \pm 14,4$ г.

У повторнородящих группы сравнения эти показатели были выше и составили соответственно $134,5 \pm 15,4$ г, $223,3 \pm 17,5$ г и $256,0 \pm 12,5$ г.

Но статистически достоверной разницы не было между количеством высосанного молока у первородящих и повторнородящих родильниц, вскармливающих детей по часам ($p > 0,05$).

Как видно из таблицы 19, у первородящих родильниц основной группы количество высосанного молока статистически достоверно выше, чем у первородящих группы сравнения. На 3-и сутки эта разница составила $58,6$ г ($187,1 \pm 16,2$ г и $128,5 \pm 14,1$ г, $p < 0,01$), на 4-е - $61,6$ г ($258,1 \pm 10,1$ г и $196,5 \pm 14,2$ г, $p < 0,001$) и на 5-е сутки - $50,0$ г ($289,0 \pm 13,3$ г и $239,0 \pm 14,4$ г, $p < 0,02$).

У повторнородящих основной группы количество молока также статистически достоверно было выше, чем у повторнородящих группы сравнения. На 3-и сутки разница составила 59,7 г (194,2±15,4 г и 134,5±15,4 г, $p < 0,01$), на 4-е сутки - 76,1 г (299,4±16,8 г и 223,3±17,5 г, $p < 0,01$), на 5-е сутки - 73,6 г (329,6±14,7 г и 256,0±12,5 г, $p < 0,001$).

Таким образом, совместное содержание матерей и новорожденных в родильном стационаре оказывает положительное влияние на становление лактации, которая у женщин основной группы была выше, чем в группе сравнения.

Полученные результаты подтверждают существующее в литературе мнение, что отсасывание молока из груди матери не по режиму, а по требованию, без ночного перерыва, стимулирует выброс пролактина из гипофиза и поддерживает выработку молока на уровне, соответствующем потребностям ребёнка. Пролактин является ключевым гормоном, обеспечивающим секреторную деятельность молочной железы.

Это подтверждается и нашими гормональными исследованиями. Уровень пролактина и кортизола определялся в двух группах по 15 родильниц. Основную группу составили 15 родильниц, где выполнялись все 10 принципов грудного вскармливания. Новорожденные после родов сразу находились на животе матери, прикладывались к груди в родильном зале, переводились вместе с мамой в послеродовые палаты и кормление проводилось по требованию.

В группе сравнения, состоящей также из 15 родильниц, новорожденные прикладывались через 6-12 часов после родов, в дальнейшем кормление проводилось строго по часам (каждые 3,0-3,5 часа и с ночным перерывом). Содержание матерей и детей было раздельным.

Средний возраст в основной группе составил 26,9±1,4 года, в группе сравнения - 28,6±1,5 года ($p > 0,05$). По национальному составу, социальному положению, паритету родов, уровню экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, также по течению беременности сравниваемые группы не отличались (таблица 20).

Таблица 21

Данные анамнеза в сравниваемых группах, в которых проводились гормональные исследования

Показатели	Основная группа n=15		Группа сравнения n= 15		P
	абс.	%	абс.	%	

Средний возраст	26,9 ± 1,4 лет		28,6 ± 1,5 лет		> 0,05
<u>Национальность:</u> грузинки другие	11	73,4 ± 12,1	12	80,0 ± 11,4	>0,05
	4	26,6 ± 11,4	3	20,0 ± 1,03	>0,05
<u>Социальное положение:</u> служащие домохозяйки рабочие		33,3 ± 12,1	4	26,7 ± 11,4	>0,05
	5	60,0 ± 12,6	10	66,7 ± 12,1	>0,05
	9	6,7 ± 6,1	1	6,7 ± 6,1	>0,05
	1				>0,05
<u>Паритет родов :</u> первобеременные -первородящие повторнобеременные -первородящие повторнородящие	6	40,0 ± 12,6	5	33,3 ± 12,1	>0,05
	2 7	13,3 ± 8,7 46,7 ±	3	20,0 ± 10,3 46,7	>0,05
		12,5	7	± 12,9	
Количество экстрагенитальных заболеваний на 1 беременную	2,3		2,6		-
<u>Гинекологические заболевания в анамнезе :</u> эрозия шейки матки хронический аднексит миома матки		46,7 ± 12,9			
	7 4	26,6 ± 11,4	6 3	40,0 ± 12,6	>0,05
	1	6,7 ± 6,1	1	20,0 ± 10,3	>0,05
			6,7 ± 6,1	>0,05	

Роды у женщин обеих групп произошли срочные в физиологическом отделении. Продолжительность I периода родов в основной группе 6 ч. 08 мин., в группе сравнения - 6ч. 28мин. ($p > 0,05$).

Средний вес новорожденных основной группы составил 3399,3±136,2 г, в группе сравнения - 3354,3±85,1 г ($p > 0,05$).

Нами обнаружено, что продолжительность III периода родов в основной группе статистически достоверно ниже, чем в группе сравнения (5,8±0,5мин и 8,3±0,06мин ($p < 0,05$), ниже был и объем кровопотери в раннем послеродовом периоде в этих группах, соответственно 177,3±8,2мл и 213,3±11,4мл ($p < 0,05$).

Так как новорожденные сразу же после родов были уложены на живот матери и приложены к груди, при определении уровня гормонов на 5-е сутки послеродового периода нами было обнаружено, что в основной группе уровень

пролактина значительно выше, чем в группе сравнения - $5498,3 \pm 78,9$ мМЕ/л и $3536,1 \pm 210,8$ ($p < 0,001$), а кортизола соответственно ниже $421,0 \pm 44,4$ нмоль/л и $1008,5 \pm 98,7$ нмоль/л ($p < 0,001$) (Таблица 21).

Таблица 22

Уровень гормонов (пролактина и кортизола) в основной группе и группе сравнения на пятые сутки послеродового периода

Гормоны	Основная группа	Группа сравнения	P
Пролактин мм Е/л	$5498,3 \pm 78,9$	$3536,1 \pm 210,8$	$< 0,001$
Кортизол нмоль/л	$421,0 \pm 44,4$	$1008,5 \pm 98,7$	$< 0,001$

Таким образом, в основной группе родильниц, где проводилось раннее прикладывание новорожденных к груди, кормление по требованию при совместном содержании матери и ребенка уровень пролактина значительно выше, чем в группе сравнения при раздельном содержании матери и ребенка. За счет значительного повышения уровня пролактина в основной группе отмечается более низкий уровень кортизола, и, соответственно, в группе сравнения уровень кортизола более высокий, чем в основной группе.

Установлена положительная корреляция между уровнем пролактина и шириной млечных протоков грудных желёз, а также между уровнем пролактина и количеством высосанного молока из груди ($r_{xy} = + 0,82$ и $r_{xy} = + 0,88$, соответственно).

Известно, что в процессе кормления грудью из задней доли гипофиза выделяется гормон окситоцин, который вызывая сокращение мышечных волокон вокруг альвеол молочных желёз, способствует выбросу молока в млечные протоки и синусы. Кроме того, окситоцин способствует сокращению миометрия, что и определило лучшее течение процессов инволюции у родильниц основной группы (см. главу 3.2.2.). Нами установлена обратная умеренная корреляция между уровнем пролактина и динамикой инволюции послеродовой матки, которая определялась ультразвуковым методом: между уровнем пролактина и высотой дна матки - $r_{xy} = - 0,43$, между уровнем пролактина и шириной матки - $r_{xy} = - 0,41$, между уровнем пролактина и передне-задним размером матки - $r_{xy} = - 0,40$.

Итак, раннее начало грудного вскармливания, кормление по требованию без ночного 6-часового перерыва способствует оптимизации лактации и профилактике лактостазов, трещин сосков и лактационных маститов, что наглядно отражено в таблицах 11, 12.

Таким образом, проведенный анализ клинических данных, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования у родильниц сравниваемых групп свидетельствует, что внедрение новых перинатальных технологий в практику родовспоможения способствует оптимизации течения послеродового периода у родильниц. В основной группе у родильниц при выполнении всех принципов грудного вскармливания обеспечивается ускорение процессов инволюции матки, уменьшается объем физиологической кровопотери в раннем послеродовом периоде, частота гипотонических кровотечений, что обуславливает более высокий уровень гемоглобина в этой группе в сравнении с контрольной. Более значительное сокращение матки у родильниц основной группы подтверждается результатами гистерограмм, при анализе которых обнаружено существенное увеличение фазы сокращения, максимальной амплитуды схваток, количества схваток за 10 минут, уменьшение маточного цикла. Эти данные также подтверждаются результатами ультразвукового исследования матки в динамике, которые свидетельствуют о более значительном уменьшении высоты, ширины и передне-заднего размера матки у родильниц основной группы.

Данные результаты объясняют более низкий уровень гнойно-септических осложнений у матерей в послеродовом периоде, где были внедрены новые перинатальные технологии.

Сравнительное изучение лактационной функции свидетельствует о более раннем становлении лактации и равномерном нарастании лактогенеза у родильниц, в практике обслуживания которых были применены новые перинатальные технологии, что подтвердилось высоким содержанием в их крови основного лактогенного гормона - пролактина. Его выброс из передней доли гипофиза стимулировался началом грудного вскармливания в родильном зале, его продолжением по требованию ребёнка днём и ночью, без ограничения длительности, что приводит к большему образованию молока и более значительному наполнению млечных протоков молоком. Это доказано результатами ультразвукового исследования молочных желез, где отмечена большая ширина млечных протоков в основной

группе, чем в группе сравнения. Выполнение всех правил прикладывания к груди, кормление по требованию способствует лучшему оттоку молока, профилактике лактостазов, маститов и трещин сосков.

3.3. Адаптация новорожденных в условиях применения новых перинатальных технологий

Наиболее объективными критериями оценки характера адаптации новорожденных к новым условиям внеутробной жизни являются характер острой респираторно-гемодинамической адаптации в первые 30 минут внеутробной жизни, аутостабилизации жизненных функции важных систем (1-6 часов). Метаболическая адаптация, обеспечивающая переход на анаболический тип обмена веществ (3-5 сутки), клинически проявляется транзиторными (переходными) состояниями: первоначальная потеря массы тела, сроки отпадения пуповинного остатка, физиологическая гипербилирубинемия и другие.

Необходимо отметить, что в неблагоприятных условиях внешней среды эти парафизиологические состояния очень быстро переходят в патологические с реализацией заболеваний.

В данной главе мы приводим результаты исследований характера адаптации 250 новорожденных детей основной группы и 250 - группы сравнения. Данные о состоянии здоровья их матерей и течение гестационного периода и родов приведены в главе 2, в таблицах 7, 8.

Дети обеих групп родились через естественные родовые пути в удовлетворительном состоянии и имели оценку по шкале Апгар 8 баллов и более.

По срокам гестации дети распределились следующим образом : от срочных родов в основной группе $90,8 \pm 1,8\%$ новорожденных, в группе сравнения - $88,8 \pm 2,0\%$ ($p > 0,05$), от преждевременных соответственно $4,4 \pm 1,3\%$ и $4,8 \pm 1,4\%$ ($p > 0,05$), от запоздалых родов - $4,8 \pm 1,4\%$ и $6,4 \pm 1,6\%$ ($p > 0,05$).

Масса тела новорожденных в основной группе составила $3300,0 \pm 40,0$ г, в группе сравнения - $3270,0 \pm 42,0$ г ($p > 0,05$).

Степень зрелости всех новорожденных соответствовала их гестационному возрасту.

Таким образом, обе группы обследованных новорожденных детей были идентичны по признакам когортности.

Все дети основной группы сразу после рождения были уложены на живот матери. Рефлексы врожденного автоматизма, в том числе и поиска источника пищи проявлялись активно, что способствовало раннему (в среднем через $23,0 \pm 2,7$ минут) началу грудного вскармливания. Продолжительность кормления в родильном зале варьировала 90 минут и в среднем была $69,1 \pm 3,1$ минут (без учёта времени поиска пищи).

Насытившись, дети засыпали у груди матери. В период кормления для профилактики гипотермии мать и ребенка укрывали стерильным фланелевым одеялом.

После первичной обработки дети вместе с матерями переводились в палаты совместного пребывания послеродового отделения. В дальнейшем грудное вскармливание продолжалось по требованию ребенка, без ночного перерыва в кормлении и без дополнительного введения жидкостей и любой другой пищи, то есть все дети находились на исключительно грудном вскармливании.

Дети группы сравнения сразу после рождения были отделены от матерей и в последующем находились в палатах для новорожденных детей, где уход за ними осуществлялся медицинским персоналом. Грудное вскармливание начиналось через 6-12 часов и позже, практиковалось долактационное кормление (в палатах для новорожденных пастеризованным донорским грудным молоком) и "отпаивание" 5%-ым раствором глюкозы между кормлениями, контакт матери и ребенка осуществлялся через каждые 3,5 часа, в период кормления грудной ребенок касался груди матери только носиком, щечкой. Обязательно соблюдался 6-часовой ночной перерыв в кормлении и продолжительность кормления ограничивалась до 10-15 минут.

Процессы срочной адаптации у всех детей сравниваемых групп протекали без срывов.

Отделение пуповинного остатка происходило в среднем на $3,9 \pm 0,1$ сутки у детей основной группы, в группе сравнения - на $4,5 \pm 0,2$ сутки ($p > 0,05$).

Физиологическая желтуха выявилась у $30,0 \pm 2,9\%$ основной группы и $70,0 \pm 2,8\%$ группы сравнения ($p < 0,001$). С 3-х суток после рождения и к моменту выписки из родильного дома желтуха угасала у детей основной группы. Следовательно,

транзиторная желтуха реже встречается и менее выражена у детей, рано приложенных к груди.

Выделение первородного кала (мекония) в основной группе наблюдалось до $2,8 \pm 0,1$ суток послеродового периода, в группе сравнения до $3,3 \pm 0,1$ суток ($p < 0,001$), что находится в зависимости от характера вскармливания.

Динамика массы тела новорожденных изучена путем ежедневного взвешивания на электронных весах. В таблицах 22, 23 приведены результаты анализа динамики массы тела у новорожденных сравниваемых групп. Как видно из представленной таблицы 22, масса тела новорожденных от первородящих матерей при рождении в обеих группах не имела статистически достоверных различий - $3312 \pm 45,9$ г и $3298 \pm 54,7$ г ($p > 0,05$).

Динамика массы тела новорожденных от первородящих
матерей в раннем неонатальном периоде

Масса тела (МТ) по дням жизни	Основная группа n=25 *			Группа сравнения n=25			Р
	МТ (гр) М ± m	Дефицит МТ		МТ (гр) М ± m	Дефицит МТ		
		гр.	%		гр.	%	
Средняя МТ при рождении	3312±45,9			3298±54,7			>0,05
Средняя МТ к концу 1-х суток	3236±41,1	-76	-2,3	3181±39,6	- 117	-3,5	>0,05
Средняя МТ к концу 2-х суток	3206±41,7	- 106	-3,2	3110±41,1	- 188	-5,7	<0,01
Средняя МТ к концу 3-х суток	3218±40,1	-94	-2,8	3072±37,6	- 226	-6,9	<0,001
Средняя МТ к концу 4-х суток	3267±62,0	-45	-1,4	3098±55,9	-200	-6,1	<0,05
Средняя МТ к концу 5-х суток	3300±43,2	- 12	-0,4	3148±53,0	- 150	-4,6	<0,05

Максимальная потеря МТ у новорожденных основной группы, которые находилась на вскармливании по требованию, отмечалась к концу 2-х суток и составила 3,2% от исходной. С 3-х суток началась прибавка массы тела, хотя её дефицит по отношению к первоначальному уровню сохраняется, составляя 2,8% и восстановление первоначальной массы тела приходится к концу 5-х суток, когда масса тела новорожденных практически не отличалась от исходной.

В группе сравнения, в которой новорожденные вскармливались по часам, к концу первых суток дефицит массы тела составил 3,5%, что почти в 1,5 раза больше, чем у детей основной группы. В дальнейшем потеря массы тела продолжалась до конца 3-х суток и максимальная потеря МТ была к концу 3-х суток, составила 6,9% по отношению к исходной массе тела. С 4-х суток уже намечается прибавка массы тела, но дефицит по отношению к первоначальному сохраняется (6,1% против 1,4% у аналогичного контингента новорожденных основной группы). У этих детей до конца

5-х суток восстановление первоначальной массы тела отсутствовало и дефицит МТ от исходного оставался 4,6% .

Таблица 24

Динамика массы тела новорожденных от повторнородящих матерей
в раннем неонатальном периоде.

Масса тела (МТ) по дням жизни	Основная группа n=25			Группа сравнения n=25			P
	МТ (гр) M±m	Дефицит МТ		МТ (гр) M ± m	Дефицит МТ		
		гр	%		гр	%	
Средняя МТ при рождении	3294±34,3			3260±30,0			>0,05
Средняя МТ к концу 1-х суток	3270±40,2	-24	-0,7	3187±24,9	-73	-2,2	>0,05
Средняя МТ к концу 2-х суток	3259±37,9	-35	-1,1	3160±23,1	-100	-3,1	<0,05
Средняя МТ к концу 3-х суток	3288±41,0	-6	-0,2	3128±23,9	-132	-4,1	<0,002
Средняя МТ к концу 4-х суток	3328±74,8	+34	+1,0	3154±33,8	-106	-3,3	<0,05
Средняя МТ к концу 5-х суток	3400±54,0	+ 106	+3,2	3200±30,2	-60	-1,8	<0,02

Исходная масса тела новорожденных от повторнородящих матерей при рождении также не имела различий в обеих группах - 3294±34,3 г и 3260±30,0 г (p<0,05) (Таблица 23).

У детей основной группы, родившихся от повторнородящих женщин, потеря массы тела также начиналась к концу 1-х суток, но её дефицит по отношению к первоначальному уровню в 3,2 раза ниже (0,7%), чем у детей группы сравнения (2,2%). Новорожденные максимально теряли в МТ на 2-е сутки, и этот показатель составил 1,1%. С 3-х суток начинается прибавка МТ и к 5-м суткам прибавка составила + 3,2% от исходного показания или + 106,0 г.

В группе сравнения у детей от повторнородящих матерей потеря массы тела к концу 1-х суток составила 2,2%, что ниже в 1,6 раза по сравнению с первородящими этой же группы, но выше в 3,1 раза, чем у аналогичного контингента новорожденных основной группы (0,7%). В последующие дни потеря массы тела у описываемой группы новорожденных была ниже, чем у детей первородящих женщин этой группы,

но превышала потерю массы тела у аналогичного контингента новорожденных основной группы на 2-е сутки в 3,1 раза, и на 3-и сутки - в 20 раз. Максимальный показатель убыли МТ был на 3-и сутки и составил 4,1%. Начало прибавки массы тела отмечалось с конца 4-х суток при сохранении дефицита к первоначальному уровню 3,3%. На 5-е сутки восстановление первоначальной массы тела отсутствовало и дефицит МТ от исходного сохранялся - 1,8%.

Итак, полученные результаты свидетельствуют о том, что у детей первородящих женщин потеря массы тела была больше, чем у детей повторнородящих и она была наибольшей у детей группы сравнения. При суммарном подсчёте у детей первородящих женщин основной группы максимальная убыль массы тела приходилась на $2,29 \pm 0,23$ день, а максимальная убыль составила $3,19 \pm 0,18\%$. У аналогичного контингента новорожденных группы сравнения максимальная убыль массы тела была на $3,28 \pm 0,25\%$ день, а её максимальный уровень составил $6,1 \pm 0,17\%$, то есть был в 2 раза выше.

У новорожденных повторнородящих матерей как основной группы, так и группы сравнения максимальная убыль массы тела отмечалась соответственно на $2,97 \pm 0,14$ день и $3,46 \pm 0,34$ день ($p < 0,05$), а уровень максимальной потери составил у новорожденных основной группы $1,8 \pm 0,13\%$ и $5,6 \pm 0,17\%$ в группе сравнения, то есть в 3 раза выше (Таблица 24).

Таблица 25

Уровень первоначальной потери массы тела у новорожденных сравниваемых групп

Изучаемые группы	Показатели	Основная группа n=50 M ± m	Группа сравнения n=50 M±m	P
Дети от первородящих матерей	Масса тела при рождении (г)	3312±45,9	3298±54,7	> 0,05
	День максимальной убыли массы тела	2,29±0,23	3,28±0,25	< 0,05
	Максимальная убыль МТ (в %)	3,19±0,18	6,1±0,17	< 0,05
Дети от повторнородящих матерей	Масса тела при рождении (г)	3294±34,3	3260±30,0	>0,05
	День максимальной убыли массы тела	2,97±0,13	3,46±0,34	< 0,05

Максимальная убыль МТ (в %)	1,8±0,13	5,6±0,17	< 0,05
-----------------------------	----------	----------	--------

Примечание : р - достоверность различий между группами

Итак, полученные результаты свидетельствуют о влиянии раннего прикладывания новорожденных к груди и кормления по требованию на динамику веса новорожденных. У новорожденных основной группы отмечалась меньшая потеря первоначальной массы тела, что логично связывается с лучшей по объёму лактацией у их матерей и более высокой калорийностью питания, так как дети этой группы вскармливаются по требованию и длительность кормления не ограничивается. Это способствует получению не только "переднего", но и высококалорийного "заднего" молока.

Процессы адаптации новорожденных характеризуются переходом от гнотобиотической изоляции, в которой плод находился в утробе мамы, к встрече с микробным миром, что начинается с момента разрыва плодных оболочек и прохождения плода по родовым путям матери. Происходит первичная колонизация новорожденного микрофлорой родовых путей матери. Этот процесс является необходимым этапом формирования симбионтной микрофлоры в экосистемах новорожденных, который в отдельных случаях может закончиться развитием гнойно-воспалительного заболевания, особенно, если ребенок, попадая в неблагоприятные условия внешней среды, колонизируется госпитальными условно-патогенными или патогенными штаммами микробов.

Важным фактором, повышающим устойчивость организма новорожденного к условно-патогенным микробам, является нормальная микрофлора кишечника, обеспечивающая высокую колонизационную резистентность организма - хозяина к патогенным агентам. В связи с этим быстрое и адекватное становление нормальной микрофлоры кишечника в периоде новорожденности имеет существенное значение для предупреждения развития инфекционных осложнений.

Изучено формирование микрофлоры кишечника у детей основной группы и группы сравнения (клиническая характеристика групп представлена в таблицах 9, 10) в 1-й и 5-й дни после рождения (таблица 25).

При посеве мекония новорожденных в 1-й день жизни обнаружено, что в обеих группах в $82,0 \pm 5,4\%$ (41 ребенок) случаев он был стерильным; у $18,0 \pm 5,4\%$ (9 детей) из него высевался негемолитический стафилококк в количестве $\lg 2,13 \text{ м.т/г}$.

На 5-ый день жизни состав микрофлоры кишечника новорожденных значительно различался в зависимости от условий пребывания в послеродовых отделениях. Так у $92,0 \pm 3,8\%$ детей (46 человек) основной группы, где выполнялись все 10 принципов успешного грудного вскармливания, на 5-ый день жизни обнаруживались бифидобактерии (основной представитель кишечной микрофлоры у новорожденных), их количество в среднем составляло $\lg 6,39 \text{ м.т/г}$. В группе сравнения у $76,0 \pm 6,0\%$ (38 новорожденных) детей бифидобактерии ($p < 0,05$) обнаруживались в количестве $\lg 5,75 \text{ м.т/г}$, и у $24,0 \pm 6,0\%$ (12 новорожденных) детей этой же группы бифидобактерии либо отсутствовали, либо их количество было меньше $\lg 4,0 \text{ м.т/г}$.

Таблица 26

Микрофлора кишечника новорожденных в зависимости от ведения
послеродового периода

Сутки	Результат бактериологического посева	Основная группа n=50			Группа сравнения n=50		
		количество $\lg, \text{ м. т/г}$	абс.	%	количество $\lg, \text{ м. т/г}$	абс.	%
I	Стерильный	—	41	$82,0 \pm 5,4$	—	41	$82,0 \pm 5,4$
I	Негемолитический стафилококк	2,13	9	$18,0 \pm 5,4$	2,13	9	$18,0 \pm 5,4$
V	Бифидобактерии	6,39	46	$92,0 \pm 3,8$	5,75	38	$76,0 \pm 6,0$

					< 4,0 или abs	12	24,0±6,0
V	Лактобактерии	5,5	50	100	4,04	47	94,0±3,4
V	Бактероиды	6,80	50	100	5,76	50	100
V	E. coli	9,61	50	100	9,47	50	100
V	Клебсиеллы	8,57	6	12,0±4,6	9,16	40	80,0±5,7
V	Протей	-	-	-	7,34	7	14,0±4,9
V	Энтеробактерии	—	-	—	8,30	10	20,0±5,7
V	Цитробактерии	—	-	—	10,82	3	6,0±3,4

Лактобактерии на 5-й день жизни обнаруживались у всех детей основной группы (100%) в количестве lg 5,5 м.т/г, и у 94,0±3,4% детей (47 новорожденных) группы сравнения в количестве lg 4,04 м.т/г. Бактероиды на 5-ый день жизни высеивались у всех новорожденных обеих групп : в количестве lg 6,8 м.т/г в основной группе и в количестве lg 5,76 м.т/г в группе сравнения.

У всех новорожденных сравниваемых групп на 5-й день жизни выделялись кишечные палочки в количестве соответственно lg 9,61 м.т/г и lg 9,47 м.т/г. Однако частота выделения лактозоотрицательных эшерихий у детей группы сравнения была

в 2 раза выше, чем у основной группы. Клебсиеллы обнаружены только у 6-ти детей ($12,0 \pm 4,6\%$) основной группы в количестве $lg 8,57$ м.т/г. У детей группы сравнения клебсиеллы обнаруживались у 40 детей ($80,0 \pm 5,7\%$) в количестве $lg 9,16$ м.т/г. Кроме того, у детей группы сравнения выделялись и другие представители семейства энтеробактерий : протей у 7 детей ($14,0 \pm 4,9\%$ случаев) в количестве $lg 7,34$ м.т/г, энтеробактеры у 10 детей ($20,0 \pm 5,7\%$) $lg 8,3$ м.т/г, цитробактеры у 3 детей ($6,0 \pm 3,4\%$) - $lg 10,82$ м.т/г. А в основной группе протей, энтеробактеры, цитробактеры не обнаружены.

Стафилококки на 5-й день жизни обнаруживались у всех новорожденных обеих групп в количестве соответственно $lg 7,90$ м.т/г и $8,38$ м.т/г. Стрептококки, энтерококки, дрожжеподобные грибы рода *Candida* у всех детей обеих групп высевались приблизительно в одинаковом количестве.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что новорожденные группы сравнения колонизируются в большем проценте случаев нозокомеальной, госпитальной микрофлорой, что обусловило их высокую инфекционную заболеваемость (таблица 26).

Состояние биоценоза кишечника у новорожденных основной группы было более физиологичным в плане повышения колонизационной резистентности к условно-патогенным микроорганизмам, что и определило отсутствие у них заболеваний (таблица 26).

У $15,6 \pm 2,3\%$ детей группы сравнения зарегистрированы различные инфекционные воспалительные процессы (везикулопустуллез, катаральный омфалит, конъюнктивит), в основной - у $6,8 \pm 1,6\%$ ($p < 0,001$) (таблица 26), неинфекционные заболевания соответственно - у $13,6 \pm 2,2\%$ и $2,0 \pm 0,9\%$ ($p < 0,001$).

Таблица 27

Сравнительные данные общей и инфекционной заболеваемости новорожденных в раннем неонатальном периоде при совместном и раздельном содержании с матерями

Течение раннего неонатального периода	Основная группа n=50	Группа сравнения n=50	P
---------------------------------------	-------------------------	--------------------------	---

	абс.	%	абс.	%	
Неосложненное течение раннего неонатального периода	228	91,2 ±1,8	177	70,8 ±2,9	<0,001
Инфекционно-воспалительные заболевания	17	6,8±1,6	39	15,6±2,3	< 0,001
Неинфекционные заболевания	5	2,0±0,9	34	13,6±2,2	< 0,001

Ранний контакт "кожа к коже", совместное пребывание в послеродовых палатах и ограниченный контакт детей основной группы с персоналом родильного стационара, а также исключительно грудное вскармливание - все эти факторы способствовали становлению иммунорезистентности организма новорожденных основной группы. Титр бифидобактерий и лактобактерий в кишечнике этих детей был высоким. Вероятно, поэтому присутствие условно-патогенных микроорганизмов у них не реализовалось в инфекционный процесс.

У детей группы сравнения, находящихся в палатах новорожденных и контактирующих с постоянно меняющимся персоналом родильного дома выявлялось сочетание дефицита лактобактерий и бифидобактерий с наличием большого количества кишечной палочки и клебсиелл. Это обусловило снижение их иммунорезистентности и реализацию инфекционно-воспалительных заболеваний.

Согласно современным представлениям, бактериоиды являются преобладающими микроорганизмами при многих формах гнойно-септических заболеваний [222], поэтому для оптимального развития младенца очень важно, чтобы уровень бактериоидов был низким. Мы обнаружили, что у новорожденных основной группы уровень бактериоидов был несколько выше (lg 6,8 м.т/г), чем в группе сравнения (lg 5,76 м.т/г.) Возможно, частично это связано с транзитной передачей этих штаммов от матерей. Но повышенное содержание бактериоидов нивелируется высоким уровнем бифидобактерий и лактобактерий.

Наблюдение за детьми, выписанными из ЦКМТ показало, что общая инфекционная заболеваемость новорожденных снизилась с 98,2±4,0% в 1994 году до

66,9±3,8‰ в 1999 году ($p < 0,001$). заболеваемость гнойно-септическими инфекциями среди них на 1-м месяце жизни снизилась с 17,6±1,3‰ в 1994 году до 8,5±1,4‰ в 1999 году ($p < 0,001$).

Этот показатель в течение 5 лет был ниже городского, несмотря на то, что в ЦКМТ госпитализируются беременные с преждевременными родами и высоким риском перинатальной патологии. Так, в 1997 году уровень ГСИ в ЦКМТ составил 10,9±1,8‰, а по г. Тбилиси 15,3±1,0‰ ($p < 0,05$), в 1998 году соответственно 9,2±1,5‰ и 11,7±0,9‰ ($p < 0,05$), и только в 1999 году разницы в уровне заболеваемости ГСИ по г. Тбилиси и ГПЦ не отмечалось - 8,2±0,7‰ и 8,5±1,4‰ соответственно ($p > 0,05$), что объясняется внедрением в родильные дома г. Тбилиси ИБДОР только с 1999 года.

Все вышеизложенное позволяет заключить, что внедрение в практику родовспоможения новых перинатальных технологий (партнерские роды ранний кожный контакт, совместное содержание матери и ребенка, исключительно грудное вскармливание по требованию ребенка без ночного перерыва, ограниченный контакт новорожденных с персоналом роддома) повышает колонизационную резистентность новорожденных, способствует нормальному течению периода адаптации и снижению гнойно-воспалительных заболеваний у новорожденных.

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Повышенная инфекционная заболеваемость родильниц и новорожденных в родильных стационарах, возрастающая вирулентность госпитальных штаммов и устойчивое носительство патогенной микрофлоры у значительной части персонала родильных домов определяют реализацию заболеваний и необходимость внедрения новых перинатальных технологий, обеспечивающих предупреждение контакта матерей и новорожденных с нозокомеальной микрофлорой.

Широкое участие женщин репродуктивного возраста в сфере общественного производства, их нередкий контакт с повреждающими производственными факторами, а также загрязнение окружающей среды, распространение вредных привычек повысили частоту рождения детей со сниженной резистентностью по отношению к инфекционным заболеваниям. Такие обстоятельства обосновывают

необходимость поиска методов повышения резистентности новорожденных в период перехода из гнотобиотической изоляции к формированию биоценоза в экосистемах.

С этих позиций заслуживают внимания рекомендации ВОЗ/ЮНИСЕФ о внедрении в практику родовспоможения современных перинатальных технологий а также "Инициативы за больницы доброжелательного отношения к ребенку" [1992 год]. Теоретической предпосылкой этих рекомендаций явились установленные рядом авторов [9,10,11,12] уникальные свойства грудного молока, обеспечивающие сохранение здоровья матери и ребенка, созревание иммунной системы младенца. Кроме того, было показано, что совместное содержание матерей и новорожденных в послеродовых палатах способствует преимущественной колонизации биотопов новорожденного штаммами микрофлоры, сапрофитирующей в материнском организме.

Однако, в современной медицинской литературе отсутствуют работы по научному обоснованию эффективности внедрения новых перинатальных технологий и ИБДОР в практику родовспоможения. Не разработаны оптимальные варианты организации совместного содержания матери и ее новорожденного в родильном доме, методы осуществления их первого кожного контакта и первого прикладывания к груди матери, а также влияния совместного содержания и исключительно грудного вскармливания на основные качественные показатели родовспоможения и процессы адаптации новорожденных.

В данном исследовании осуществлено научное обоснование эффективности внедрения в практику родовспоможения новых форм перинатальной помощи матери и новорожденному и показано их позитивное влияние на течение послеродового и раннего неонатального периодов.

Результаты работы основываются на сравнительном анализе движения 632 рожениц-родильниц и их новорожденных при различных формах размещения в послеродовых отделениях, а также на показателях клинико-лабораторного и инструментального обследования 500 рожениц-родильниц и их новорожденных, из которых 250 составили основную группу и 250 группу сравнения.

Основную группу составили роженицы-родильницы и их новорожденные, находившиеся в родильном стационаре совместно и в практику их обслуживания

были внедрены новые перинатальные технологии. Группа сравнения представляла рожениц-родильниц и новорожденных с традиционной практикой обслуживания.

Данное исследование проведено на базе ЦКМТ в котором частично с 1996 года и полностью после реорганизации и капитального ремонта с 2001 года было внедрено совместное содержание матери и новорожденного.

Для успешного внедрения в практику ИБДОР, сфокусированных на 10 принципах успешного грудного вскармливания, были разработаны и успешно апробированы в ЦКМТ методы подготовки беременных к родам и грудному вскармливанию, альтернативных и партнерских родов, наиболее оптимального кожного контакта родильницы и новорожденного, раннего прикладывания к груди в родильном зале. Кроме того, разработаны показания и противопоказания к совместному содержанию матери и её ребенка в послеродовых палатах, с учетом специфики работы учреждения.

Для успешного решения поставленных задач с 2000 года в ЦКМТ отработывались наиболее оптимальные формы совместного содержания матери и новорожденного ребёнка. Проведенный анализ маршрутов движения 632 рожениц-родильниц и их новорожденных в отделениях акушерского блока ЦКМТ показал возможность организации их совместного содержания в родильном стационаре любого профиля, с рациональным использованием имеющегося коечного фонда и обеспечением дифференцированной стационарной медицинской помощи различным контингентам рожениц-родильниц и новорожденных.

Это наглядно доказывается схемой маршрутов движения рожениц-родильниц и их новорожденных в ЦКМТ, куда, несмотря на преимущественную госпитализацию беременных группы высокого риска из родильного зала 1-го акушерского отделения на совместное содержание перевели 89,3% родильниц, а из II-го акушерского отделения 70,8% родильниц. При совместном содержании на 5-6 день госпитализации выписали домой 92,0% пар (родильница-новорожденный) из 1-го акушерского отделения и 75,4% из II-го акушерского отделения. При раздельном содержании 60-70% новорожденных перевели в ОПН и только 20-30% домой. Эти данные доказывают преимущества совместного содержания матери и новорожденного в родильном стационаре, показывают возможность организации их совместного содержания в родильном стационаре любого профиля, с рациональным использованием имеющегося коечного фонда и обеспечением дифференцированной

стационарной медицинской помощи различным контингентам рожениц-родильниц и новорожденных. При этом реорганизация работы родовспомогательного учреждения от традиционных форм обслуживания к внедрению новых перинатальных технологий не требует дополнительных финансовых вложений.

Получены позитивные результаты по подготовке женщин к беременности и родам, которые проводятся в ЦКМТ.

Было обследовано 2 группы беременных женщин. Основную группу составили 88 беременных, прошедших полный курс занятий по методике Ламаза и группу сравнения - 100 женщин, не проходивших занятий по подготовке к родам и грудному вскармливанию. Сравнимые группы были идентичны по возрасту, паритету беременности и родов, по частоте генитальной и экстрагенитальной патологии. Было доказано, что повышение уровня знаний женщин об основных этапах гестационного периода, рациональном питании, эмоциональной настроенности, а также грамотная подготовка к родам - являются важными факторами безопасного материнства. Так, у женщин основной группы по сравнению с группой сравнения частота позднего гестоза регистрировалась в 1,3 раза реже ($54,5 \pm 5,3\%$, против $71,0 \pm 4,5\%$ в группе сравнения), угроза прерывания беременности - 1,5 раза реже ($47,1 \pm 4,9\%$, против $70,0 \pm 4,6\%$ в группе сравнения), ОРВИ - 2 раза ($34,0 \pm 5,0\%$, против $69,0 \pm 4,6\%$ в группе сравнения), задержка внутриутробного развития плода - 4 раза ($2,2 \pm 1,62\%$, против $8,0 \pm 2,7\%$).

В основной группе преждевременные роды были у $11,4 \pm 3,4\%$, а в группе сравнения - у $23,0 \pm 4,2\%$ рожениц. Запоздалые роды зарегистрированы только у женщин группы сравнения в $2,0 \pm 1,4\%$ случаев. В группе сравнения в 1,8 раза чаще проводилось оперативное родоразрешение ($23,0 \pm 4,2\%$, против $12,5 \pm 3,5\%$ в основной группе).

Течение родов у беременных группы сравнения в 1,4 раза чаще осложнялось несвоевременным излитием околоплодных вод, в 2,2 раза чаще аномалиями родовой деятельности, что обусловило более частое применение у женщин группы сравнения родовозбуждения и родостимуляции ($31,0 \pm 4,62\%$, против $19,3 \pm 4,20\%$ в основной группе).

Изучение особенностей течения послеродового периода у 250 родильниц основной группы и 250 группы сравнения показало его прямую зависимость от принципов перинатального обслуживания.

Всем женщинам основной группы сразу после родов осуществлен кожный контакт с их новорожденными детьми путем укладывания последних на живот матери. С целью профилактики гипотермии младенцы быстрыми промокательными движениями обсушивались мягкой пеленкой и тотчас накрывались тремя стерильными, предварительно согретыми фланелевыми пеленками, на голову одевалась шапочка. Дети не пеленались, что обеспечивало возможность свободного передвижения их по телу матери в поисках источника пищи. Как только ребенок находил грудь матери и начинал сосать, их укрывали пикейным одеялом и оставляли в покое. Через 2 часа после первичной обработки новорожденного, его вместе с матерью переводили в послеродовую палату, где проводили исключительно грудное вскармливание по требованию ребенка, днем и ночью, без ограничения его продолжительности.

Женщины группы сравнения были отделены от своих новорожденных детей сразу после родов и в дальнейшем находились раздельно. Первое прикладывание к груди осуществлялось через 6-12 часов после рождения и в последующие дни строго по режиму, с обязательным 6 - часовым ночным перерывом.

О характере течения послеродового периода у рожениц сравниваемых групп судили по скорости сокращения миометрия после родов, процессам инволюции матки и объему кровопотери.

Скорость сокращения миометрия сразу после родов регистрировалась проведением наружной гистерографии Фетальным монитором " Fetal Monitor 773d Анализ гистерограмм выявил, что у рожениц основной группы все показатели свидетельствовали о более оптимизированном течении процессов сокращения миометрия. Так, максимальная амплитуда сокращений миометрия у рожениц основной группы в среднем составляла $13,6 \pm 3,2$ мм, против $6,1 \pm 1,08$ мм в группе сравнения. Время фазы сокращения и площадь фигуры сокращения у рожениц основной группы соответственно составляли $44,1 \pm 4,50$ сек и $53,2 \pm 15,03$ мм², а в группе сравнения - $31,9 \pm 3,90$ сек и $20,5 \pm 11,03$ мм². Значительной была разница в длительности интервала между схватками : $67,7 \pm 7,45$ сек в основной группе и $261,6 \pm 58,56$ сек в группе сравнения. Все это определило более короткую длительность маточного цикла у рожениц основной группы - $159,4 \pm 18,4$ сек против $340,0 \pm 78,3$ сек в группе сравнения. Количество схваток за 10 минут у женщин основной группы составило $3,6 \pm 0,32$, а в группе

сравнения - $2,2 \pm 0,51$. Показатель Монтевидео в основной группе был в 3,4 раза выше - $51,3 \pm 9,1$, чем в группе сравнения - $14,9 \pm 3,9$. Разница между приведенными показателями сравниваемых групп была статистически достоверной.

Результаты ультразвукового исследования процессов инволюции матки также свидетельствовали об их ускоренном темпе у рожениц основной группы. Так, за 5 суток послеродового периода высота дна матки у них уменьшилась на 43,3мм, что составило 34,3% от исходного уровня. Тогда как у женщин группы сравнения - на 30,8мм, что составило 20,3%. Ширина матки и её передне-задний размер за этот же срок послеродового периода у рожениц основной группы сократились соответственно на 35,7 мм, что составило 27,6%; и на 17,3 мм или 20,6%, в группе сравнения - 31,0 мм или 24,1%; и на 9,3мм или 10,8% к исходному уровню. Разница между приведенными показателями была статистически достоверной.

Нами обнаружена обратная корреляция между временем фазы сокращения и высотой дна матки $r_{xy} = - 0,81$, а также обратная корреляция между количеством схваток за 10 минут и высотой дна матки $r_{xy} = - 0,36$.

Таким образом, в нашем исследовании доказано, что при раннем начале грудного вскармливания и ведении его в последующие дни по требованию ребенка днем и ночью, без ограничения его продолжительности, стимулируется более эффективное сокращение миометрия и инволюция послеродовой матки.

Интенсификация процессов сокращения миометрия сразу после родов способствовала и меньшей кровопотере у женщин основной группы, составившей в среднем $174,0 \pm 3,0$ мл, против $200,0 \pm 2,0$ мл в группе сравнения ($p < 0,05$). Следовательно, внедрение новых перинатальных технологий, способствуя меньшей кровопотере в послеродовом периоде, обеспечивает и профилактику развития железодефицитной анемии.

При анализе послеродовой генитальной заболеваемости выявлено, что у женщин основной группы частота осложненного течения послеродового периода было в 5 раз ниже, чем у рожениц группы сравнения, составляя соответственно $8,0 \pm 1,7\%$ против $30,8 \pm 2,9\%$ ($p < 0,001$).

Объем кровопотери в послеродовом и раннем послеродовом периодах в основной группе составил $177,9 \pm 6,0$ мл, в группе сравнения $207,4 \pm 7,6$ мл ($p < 0,002$). В группе сравнения частота гипотонических кровотечений в послеродовом периоде в 3,3 раза превышала этот показатель в основной ($4,0 \pm 1,2\%$ и $1,2 \pm 0,7\%$, $p < 0,05$). В группе

сравнения также выше частота послеродовых осложнений инфекционного характера. Лохиометра в группе сравнения встречалась в 5,8 раза чаще, чем в основной ($18,4 \pm 2,5\%$ и $3,2 \pm 1,1\%$, $p < 0,001$), что видимо, предопределило большую частоту метроэндометрита в этой группе в сравнении с основной ($5,2 \pm 1,4\%$ и $0,8 \pm 0,6\%$, $p < 0,001$). Нарушения становления лактационной функции выявились в основном у родильниц группы сравнения, в которой лактостаз наблюдался в 5,5 раз чаще, чем в основной ($8,8 \pm 1,8\%$ и $1,6 \pm 0,7\%$, $p < 0,001$), в 4,8 раза чаще наблюдались трещины сосков ($15,2 \pm 2,3\%$ и $3,2 \pm 1,1\%$, $p < 0,001$). Случаи маститов зарегистрированы только в группе сравнения - $1,2 \pm 0,7\%$.

Изучение становления лактации у женщин сравниваемых групп показало, что при совместном содержании матери и ребенка и исключительно грудном вскармливании по требованию ребенка днем и ночью, без ограничения продолжительности кормления, становление лактации происходит плавно, без симптомов "набухания" молочных желез, постепенно нарастая, по мере повышения потребности новорожденных в молоке.

Ежедневный контроль УЗИ молочных желез показал, что у родильниц основной группы, начиная со 2-х суток послеродового периода, ширина млечных протоков грудных желез превышала этот показатель в группе сравнения ($2,35 \pm 0,02$ мм против $2,17 \pm 0,03$ мм, $p < 0,001$), к 5-м суткам эта разница была более значительной ($4,0 \pm 0,05$ мм и $2,98 \pm 0,03$ мм, $p < 0,001$). Это свидетельствует о более значительном наполнении млечных протоков молоком при свободном режиме кормления.

При контроле количества высосанного молока было доказано, что как у первородящих, так и у повторнородящих родильниц основной группы количество высосанного молока статистически достоверно выше, чем в группе сравнения. Так у первородящих матерей основной группы количество высосанного молока на 3-и сутки было в 1,5 раза, на 4-е и 5-е сутки в 1,3 раза больше, чем в группе сравнения. У повторнородящих родильниц основной группы этот показатель на 3-и сутки был в 1,4 раза, на 4-е и 5-е сутки в 1,3 раза больше, чем в группе сравнения.

Таким образом, совместное содержание матерей и новорожденных в родильном стационаре оказывает положительное влияние на становление лактации. Этот вывод также подтверждается гормональными исследованиями. Так на 5-е сутки послеродового периода уровень пролактина у родильниц основной группы был в 1,6

раза выше, чем в группе сравнения ($5498,3 \pm 78,9$ ммЕ/л и $3536,1 \pm 210,8$ ммЕ/л, $p < 0,001$), а пролактин является ключевым гормоном, обеспечивающим секреторную деятельность молочных желез.

Нами обнаружена прямая корреляция между уровнем пролактина и шириной млечных протоков $r_{xy} = + 0,82$, а также между уровнем пролактина и количеством вырабатываемого молока $r_{xy} = + 0,88$, что также подтверждает вывод об оптимизации лактации у родильниц основной группы.

Установлена обратная корреляция между уровнем пролактина и динамикой инволюции послеродовой матки, которая определялась с помощью УЗИ : корреляция между уровнем пролактина и высотой дна матки - $r_{xy} = - 0,43$, между уровнем пролактина и передне-задним размером матки - $r_{xy} = - 0,40$, между уровнем пролактина и шириной матки - $r_{xy} = - 0,41$.

Для изучения процессов адаптации раннего неонатального периода нами рассмотрены переходные состояния, наиболее ярким из которых являются: первоначальная потеря массы тела, сроки отпадения пуповинного остатка, "физиологическая" гипербилирубинемия. Несмотря на идентичность возможностей становления метаболизма, у новорожденных основной группы отпадение пуповинного остатка приходилось на $3,9 \pm 0,1$ сутки, а в группе сравнения - $4,5 \pm 0,2$ сутки. "Физиологическая" желтуха выявлялась у $30,0 \pm 2,9\%$ новорожденных основной группы и у $70,0 \pm 2,8\%$ новорожденных группы сравнения ($p < 0,001$).

Наиболее точным показателем состояния здоровья новорожденных является динамика массы тела в первые дни жизни. Новорожденные от первородящих матерей основной группы максимально теряли массу тела к концу 2-х суток ($3,2\%$ от исходной массы тела), с 3-х суток начиналась прибавка веса и к концу 5-х суток МТ новорожденных практически не отличалась от исходной. В группе сравнения максимальная потеря МТ была в 2 раза больше, чем в основной группе и составила $6,9\%$ от исходной. К концу 5-х суток дефицит МТ оставался и составил $4,6\%$.

Новорожденные от повторнородящих матерей основной группы максимально теряли в МТ на 2-е сутки, и этот показатель составил $1,1\%$. С 3-х суток начинается прибавка МТ и к 5-м суткам наблюдалась прибавка МТ на $3,2\%$ от исходного показателя. В группе сравнения новорожденные от повторнородящих матерей теряли на 3-и сутки $4,1\%$ от исходной МТ, к 5-м суткам дефицит массы тела от исходного сохранялся - $1,8\%$.

Итак, у детей группы сравнения потери массы тела были выше, чем у детей основной группы, что объяснялось снижением процессов метаболизма из-за меньших объемов молока, получаемых за сутки и его меньшей калорийностью.

Более того, было показано, что снижение процессов метаболизма способствует более частому проявлению "физиологической" желтухи.

Процессы адаптации новорожденных характеризуются также и переходом из гнотобиотической изоляции, в которой плод находился в утробе матери, к встрече с микробным миром, что начинается с момента разрыва плодных оболочек и прохождения плодом по родовым путям матери. Происходит первичная колонизация новорожденного микрофлорой родовых путей. Этот процесс является необходимым этапом формирования симбионтной микрофлоры в экосистемах новорожденных, который в отдельных случаях может закончиться развитием гнойно-воспалительных заболеваний, особенно, если ребенок, попадая в неблагоприятные условия внешней среды, колонизируется госпитальными штаммами микробов.

Важным фактором, повышающим устойчивость организма новорожденных к госпитальной микрофлоре, является формирование нормального микробиоценоза кишечника, обеспечивающего колонизационную резистентность организма хозяина к патогенным штаммам. В связи с чем быстрое и адекватное становление нормальной микрофлоры кишечника в периоде новорожденности имеет существенное значение в профилактике инфекционных осложнений.

У детей сравниваемых групп изучение формирования микрофлоры кишечника проводилось в 1-й и 5-й дни после рождения. При посеве мекония в 1-й день жизни обнаружено, что у $82,0 \pm 5,4\%$ детей обеих групп он был стерильным, у $18,0 \pm 5,4\%$ высевался негемолитический стафилококк в количестве $lg\ 2,13$ м.т/г. На 5-й день после рождения состав микрофлоры кишечника у новорожденных значительно зависел от условий их содержания в послеродовых палатах. Так, у $92,0 \pm 3,8\%$ детей основной группы обнаруживались бифидобактерии, являющиеся, как известно, основными представителями нормальной кишечной микрофлоры, их количество составляло $lg\ 6,39$ м.т/г. Бифидофлора обнаруживалась и у $76,0 \pm 6,0\%$ детей группы сравнения, но их количество было меньшим - $lg\ 5,75$ м.т/г. У $24,0 \pm 6,0\%$ детей этой группы бифидобактерии либо отсутствовали, либо их количество составляло менее $lg\ 4,0$ м.т/г.

Лактобактерии обнаруживались на 5-й день у всех детей основной группы в количестве $lg 5,5$ м.т/г и у $94,0 \pm 3,4\%$ детей группы сравнения в количестве $lg 4,04$ м.т/г. Бактероиды на 5 день жизни высеивались у всех новорожденных обеих групп : в количестве $lg 6,8$ м.т/г в основной группе и в количестве $lg 5,76$ м.т/г. в группе сравнения. У всех детей сравниваемых групп на 5-й день обнаруживались кишечные палочки в количестве соответственно $lg 9,61$ м.т/г. и $lg 9,47$ м.т/г. Однако, частота выделения лактозоотрицательных *E. coli* детей группы сравнения была в 2 раза выше, чем у детей основной группы. Клебсиеллы обнаруживались только у $12,0 \pm 4,6\%$ детей основной группы в количестве $lg 8,57$ м.т/г. У детей группы сравнения они высеивались в $80,0 \pm 5,7\%$ случаев и в большем количестве - $lg 9,16$ м.т/г. Кроме того, у детей группы сравнения выделялись и другие представители семейства энтеробактерий: протей у $14,0 \pm 4,9\%$ ($lg 7,34$ м.т/г), энтеробактер у $20,0 \pm 5,7\%$ ($lg 8,30$ м.т/г), цитробактер у $6,0 \pm 3,4\%$ ($lg 10,82$ м.т/г).

Стафилококки на 5-й день после рождения выделялись у всех детей сравниваемых групп в количестве $lg 7,90$ м.т/г в основной группе и $lg 8,38$ м.т/г в группе сравнения. Кроме того, у всех детей сравниваемых групп обнаруживались стрептококки, энтерококки, *Candida albicans* в равных количествах $lg 3,6$ м.т/г до $4,7$ м.т/г .

Приведенные данные свидетельствуют о том, что у детей основной группы уровень *E. coli*, клебсиелл, стафилококков был ниже, чем в группе сравнения, что и обусловило отсутствие у них инфекционных заболеваний, тогда как у детей группы сравнения они регистрировались в $15,3\%$ случаев.

Полученные результаты позволяют полагать, что у детей основной группы состояние кишечного биоценоза на 5-й день жизни было более физиологичным в плане формирования колонизационной резистентности к условно-патогенным микроорганизмам, что и определило отсутствие у них инфекционной патологии.

Итак, внедрение в практику работы родовспомогательного стационара новых перинатальных технологий обеспечивает предупреждение контакта родильниц и новорожденных с постоянно меняющимся персоналом родильного дома и колонизацию новорожденных нозокомиальной условно-патогенной и патогенной микрофлорой. Это способствовало снижению заболеваемости доношенных новорожденных в ГПЦ с $161,9\%$ в 1996 году до $153,2\%$ в 2000 году.

Внедрение новых перинатальных технологий в практику работы ЦКМТ позволило снизить уровень общей инфекционной заболеваемости среди новорожденных в 1,5 раза (с 98,2‰ в 1996 году до 66,9‰ в 2003 году, $p < 0,001$), уровень заболеваемости гнойно-септическими инфекциями в неонатальном периоде снизился в 2,1 раза (с $17,6 \pm 1,3\%$ в 1996 году до $8,5 \pm 1,4\%$ в 2000 году, $p < 0,001$). Причем этот показатель в течение трёх лет оставался ниже городского, так как Программа грудного вскармливания в других родильных домах начала внедряться значительно позже. Так, в 1997 году уровень ГСИ в ЦКМТ составил $10,9 \pm 1,8\%$, а по г. Тбилиси $15,3 \pm 1,0\%$ ($p < 0,05$), в 1998 году соответственно $9,2 \pm 1,5\%$ и $11,7 \pm 0,9\%$ ($p < 0,05$), и только к 1999 году разницы в уровне заболеваемости ГСИ по г. Тбилиси и ЦКМТ не отмечалось - $8,2 \pm 0,7\%$ и $8,5 \pm 1,7\%$ ($p < 0,05$).

МРТ исследование оказалось необходимым компонентом для уменьшения числа артефактов, полученных при проведении УЗИ плодов.

Проведение МРТ беременным по сравнению с УЗИ (в том числе и 3-мерного) позволило диагностировать нарушение не только ЦНС плода, но и органов брюшной полости. В 74% случаев МРТ уточнила диагноз, принципиально изменив подход к ведению беременности и родов.

Следует упомянуть и более наглядный характер МРТ-данных, что немаловажно для решения деонтологических проблем при необходимости прерывания беременности по медицинским показаниям.

Наконец, в акушерской практике основным базовым, "скрининговым" методом первичной диагностики остается УЗИ. МРТ является завершающим и уточняющим методом.

Проведенные исследования показали, что у первобеременных с тазовым предлежанием плода в 15 случаях методом МРТ не было диагностированы структурные изменения в тканях шейки матки, что позволило закончить роды через естественные родовые пути, ввиду того, что первая беременность с тазовым предлежанием является показанием для родоразрешения кесаревым сечением для уменьшения травматизма матери и плода.

У 10 беременных с отягощенным акушерским анамнезом (мертворождение и травма новорожденных) методом МРТ была диагностирована такая патология костного таза, которую невозможно идентифицировать наружным исследованием

беременной (сужение широкой и узкой частей костного таза). Эти данные явились показанием для родоразрешения путем кесарева сечения, что было произведено без осложнений.

С помощью МРТ были выявлены значительные структурные изменения в строении плаценты у беременных с маловодием и внутриутробной задержкой роста. В 2-х случаях было диагностировано поражение ЦНС плода в виде участков кальцификации и инфарктов.

Внедрение новых перинатальных технологий способствовало улучшению условий пребывания рожениц-родильниц и их новорожденных, увеличению финансирования на приобретение лекарственных средств, инвентаря, инструментария и оборудования при стабильности тарифов на медицинские услуги по государственной программе, что позволило внедрить более современные технологии обслуживания и лечения.

ВЫВОДЫ

1. Оптимальной формой организации работы родовспомогательного стационара является совместное содержание матерей и новорожденных в послеродовых палатах, на что может быть использовано до 90% коек послеродовых отделений.
2. Установлено влияние внедрения новых перинатальных технологий на улучшение медико-социальных показателей стационара: снижение ранней неонатальной смертности на 1,7‰, заболеваемости доношенных на 36,6‰ и недоношенных на 85,7‰, и уровня ГСИ в 2 раза (с $17,6 \pm 1,3\%$ до $8,5 \pm 1,4\%$).
3. Оптимизация ведения беременности и родов при внедрении новых перинатальных технологий способствует снижению осложнений беременности (поздних гестозов в 1,3 раз, угрозы прерывания беременности в 1,4 раз) и родов (уменьшилась частота преждевременных родов в 2 раза, оперативного родоразрешения в 1,8 раз), ускорению процессов инволюции матки, достоверному снижению послеродовой кровопотери в 1,2 раза и послеродовых септических осложнений в 6,5 раз ($0,8 \pm 0,6\%$ и $5,2 \pm 1,4\%$).
4. Выявлена положительная динамика лактационной функции у родильниц в условиях внедрения новых перинатальных технологий : раннее становление и равномерное нарастание лактогенеза, увеличение ширины млечных протоков в 1,4

раз ($4,0 \pm 0,05$ мм против $2,98 \pm 0,03$ мм), повышение уровня пролактина в 1,6 раз ($5498,3 \pm 78,9$ мМЕ/л и $3536,1 \pm 210,8$ мМЕ/л), а также положительная корреляция между уровнем пролактина и шириной млечных протоков ($r = 0,82$), между уровнем пролактина и количеством вырабатываемого молока ($r = 0,88$).

5. Оптимизация процессов адаптации новорожденных обеспечивается ранним (с 5-го дня после рождения) формированием колонизационной резистентности к условно-патогенным и патогенным госпитальным штаммам микрофлоры, что определило отсутствие у новорожденных основной группы инфекционных заболеваний, тогда как у детей группы сравнения они составили 15,3%.
6. МРТ исследование позволяет диагностировать некоторые акушерские патологии, которые невозможно идентифицировать при применении УЗИ, что помогает выбрать метод правильного ведения беременности и родов для минимизации травм матери и плода.
7. МРТ является завершающим и уточняющим методом. Однако, целый ряд проблем (аномалия мочеполовой системы, почечные осложнения, пельвиметрия и т.д.) не может быть успешно и безопасно решен без использования МРТ.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Внедрение радиологических методов (трехмерное УЗИ, МРТ) имеет важное значение для диагностики некоторых форм перинатальной патологии и патологии беременности свыше 12 недель.
2. С целью оптимизации исходов беременности и родов необходимо во всех родовспомогательных учреждениях проводить специальные занятия по пренатальной подготовке женщин к беременности, родам и грудному вскармливанию.
3. Для обеспечения благоприятного течения послеродового периода у родильниц необходимо сразу после родов (в родильном зале) осуществить контакт матери и новорожденного "кожа к коже".
4. Своевременное становление лактации и обеспечение необходимой секреции грудного молока в альвеолах молочных желез родильниц возможно при раннем (в родильном зале) прикладывании новорожденных к груди с последующим кормлением его по требованию, без ограничения длительности и без соблюдения ночного перерыва.

5. Благоприятное течение процессов адаптации новорожденных, формирование колонизационной резистентности в кишечнике и профилактика гнойно-воспалительных заболеваний обеспечиваются ограничением их контакта с постоянно меняющимся персоналом родильного дома при совместном содержании их с матерями в послеродовых палатах.

Приложение А

РОЖДЕНИЕ РЕБЕНКА - ЭТО НЕ БОЛЕЗНЬ

10 рекомендаций Всемирной Организации Здравоохранения

Фориалеза

Представленные 10 рекомендаций основаны на принципе, что каждая женщина имеет неотъемлемое право получать надлежащую помощь; что каждая женщина играет центральную роль во всех аспектах этой помощи, включая участие в планировании, проведении и оценке этой помощи; и что социальные, эмоциональные и психологические факторы являются решающими в концепции и осуществлении надлежащей пренатальной помощи.

- Общество в целом должно быть информировано о различных методах родовспоможения, чтобы каждая женщина имела возможность выбрать тот тип родовспоможения, который она предпочитает.
- Необходимо способствовать обучению профессиональных акушерок и родовсприемниц. Уход за женщиной во время нормальной беременности, родов и послеродового периода должны быть обязанностью этих профессий.
- Информация о практике родовспоможения в больницах (частота случаев кесарева сечения и т. д.) должна сообщаться населению, которое обслуживает данная больница.
- Ни в одном географическом регионе не существует оснований для того, чтобы частота операций кесарево сечение составляла более 10-15% (в настоящее время в США частота операций кесарево сечение составляет около 23%).
- Отсутствуют доказательства того, что кесарево сечение всегда необходимо после предшествующих оперативных родов с поперечным низкосегментарным кесаревым сечением. Следует стремиться к естественному родоразрешению после

предшествующего оперативного, когда есть возможность оказания скорой медицинской помощи в случае осложнений.

- Отсутствуют доказательства того, что стандартное применение электронного мониторинга плода во время родов оказывает положительное влияние на исход беременности.
- Отсутствуют показания для выбривания лобка и обязательной клизмы перед родами.
- Беременных женщин не следует укладывать в положение литотомии (на спину) во время схваток и родоразрешения. Во время схваток роженице рекомендуется ходить, и каждая женщина должна сама выбрать положение, которое ей удобнее принять во время родов.
- Не оправдано систематическое применение эпизиотомии.
- Не следует проводить стимуляцию (искусственное начало родов) для удобства медицинского персонала. Ее следует применять только в случае особых медицинских показаний. Ни один географический регион не должен иметь показатель стимуляции родов свыше 10 %.
- Во время родоразрешения следует избегать стандартного применения анальгетиков или анестезирующих препаратов, если они не требуются для коррекции или предупреждения специфических осложнений при родах.
- Искусственное вскрытие плодного пузыря, как стандартная процедура научно не оправдана.
- Здоровый новорожденный должен оставаться с матерью во всех случаях, когда состояние обоих это позволяет. Никакой процесс наблюдения за здоровым новорожденным не оправдывает его содержание отдельно от матери.
- Следует поощрять немедленное начало грудного вскармливания, еще до того, как мать покинет родовую палату.
- Следует выявлять те службы акушерской помощи, которые критически относятся к технологии и выработали у своих сотрудников чувство уважения к эмоциональным, психологическим и социальным аспектам родовспоможения. Необходимо поддерживать такие службы и изучать процессы их развития, с тем, чтобы использовать эти службы как модели для формирования такого подхода в других центрах и для влияния на концепцию акушерской помощи в национальном масштабе.

- Правительственным органам следует разработать и принять постановления, которые разрешали бы использование новых технологий в родовспоможении только после их тщательной проверки и оценки.

Указанные рекомендации взяты из доклада по технологии в родовспоможении, опубликованного Всемирной Организацией здравоохранения в апреле 1985 года. Копии доклада можно получить в Европейском Региональном бюро ВОЗ : WHO Office for Europe, 8 Scherflgavej, Copenhagen, Denmark.

Приложение Б

ТЕХНИКА ПОДГОТОВКИ БЕРЕМЕННЫХ К РОДАМ ПО МЕТОДУ ПРОФЕССОРА ЛАМАЗА

Техника Ламаза является одним из элементов пренатального ухода и включает в себя ознакомление с физиологией беременности, диетой, специально разработанным комплексом упражнений и процедур для комфортабельного протекания беременности и подготовки к родам. Чем раньше будет начат и разработан план ведения беременной с использованием техники профессора Ламаза, тем меньше риск возникновения осложнений.

Идея о необходимости подготовки беременной к родам возникла после того как супругам было разрешено принимать участие в родах. Мужчины традиционно были как бы отстранены от участия в вопросах, связанных с акушерскими проблемами. Поэтому, не имея представления о родах, они присутствуя на родах терялись и вместо помощи своим женам, создавали дополнительные трудности для персонала. Отсюда возникла идея о необходимости предварительного обучения супругов по вопросам физиологии беременности и родов, об объяснении роли отца в родах.

В ходе занятий беременным предоставлялись данные о правильном питании, режиме дня, о течении и биомеханизме родов, о поведении беременной в разные периоды родов, об упражнениях, и правильном дыхании во время родов, об удобной позиции во время родов. В процесс обучения вовлекались партнеры. Всем беременным при первом посещении выдается книга о пренатальном уходе, где в

краткой форме изложены анатомия и физиология женщины, течение нормальной и патологической беременности, этапы родов, осложнения, оперативное родоразрешение, питание беременных и кормление грудью, ведение послеродового периода.

ГИМНАСТИКА ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ

Упражнения для релаксации мышц, которые нужно тренировать для успешного родоразрешения. Они очень просты в исполнении и их можно выполнять в любое время, в любом месте, как только предоставляется возможность. Перед началом и концом каждого упражнения нужно сделать глубокий вдох, выдох через рот. Для всех упражнений рекомендуется :

- упражнения проводить ежедневно
- все упражнения делать по 15 раз в день
- упражнения делать медленно, без напряжения
- не делать упражнения, которые причиняют неудобства
- при возникновении проблем обращаться к врачу.

Задувание свечи

Сидя, стоя или лежа положить руки на живот, сделать глубокий вдох через нос, затем сделать сильный выдох через рот или даже губы, как при задувании свечи, чтобы почувствовать натянутость мышц живота. Сделать новый вдох и повторить.

Разминание плеч

Это упражнение расслабляет шею, плечи и спину. Сесть ровно. Поднять плечи вверх насколько возможно, затем откинуть назад, потом вниз и вперед. Упражнение повторить в обратном направлении - опустить плечи вниз, откинуть назад, поднять, затем вперед .

Разминание шеи

Согнуть подбородок, посмотреть на потолок, затем на пол. Постараться заглянуть через каждое плечо настолько дальше, насколько возможно. Согнуть голову, чтобы приблизить ухо к соответствующему плечу.

Поза портного

Сидя на полу, приблизить ноги к телу, перекрестив их. Остаться в этом положении насколько это будет удобно. Затем соединить подошвы и максимально приблизить к телу. Обхватить руками колени, несколько раз сдвигать и раздвигать колени. Повторять это упражнение два раза в день .

Упражнение на растягивание мышц

Сесть на пол, держа прямо спину, вытянуть ноги вперед себя и раздвинуть. Затем обе руки к правой ноге - выпрямиться ; вперед -выпрямиться; налево - выпрямиться. Увеличить постепенно число упражнений до 10, дважды в день .

УПРАЖНЕНИЕ ПРИ БОЛЯХ В ПОЯСНИЦЕ

- Опираясь на спинку, присесть, раздвигая колени. Вы можете постараться поднять какой-либо предмет с пола, при этом подниматься медленно, напрягая мышцы ног .
- Встать на 2 ступни назад от спинки стула и наклониться вперед. Опереться на спинку стула, выпрямив локти. Откинуть бедра назад и расслабить мышцы живота. Несколько согнуть колени и медленно привести бедра вперед, напрягая мышцы ягодиц .
- Лечь на пол, напрягая нижние брюшные мышцы и мышцы ягодиц. Это поднимет Ваш таз и меньшая часть спины опирается на пол. После этого расслабить все мышцы живота и ягодиц. Затем приподнять поясницу насколько возможно. Отдохнуть и повторить упражнение несколько раз.
- Принять коленно-локтевое положение на полу. Напрягая мышцы нижней части живота, выгибать спину. Затем медленно расслабляясь, позволить пояснице опуститься. Вернуться в исходное положение и повторить несколько раз .

ДЫХАТЕЛЬНАЯ ТЕХНИКА

Существует специальная дыхательная техника, которую нужно применять во время беременности, чтобы помочь расслаблению мышц во время родов. Возможность расслабления между схватками способствует отдыху и восстановлению энергии.

Расслабление

Лечь на пол, соединив ноги. Вдохнуть по возможности больше воздуха, затем медленно вдохнуть воздух через рот. Позволить себе полностью расслабиться.

Практика схваток

Представить себе, что начались схватки длительностью около 30-45 секунд. Перед началом схваток набрать побольше воздуха, выдохнуть. Затем весь остальной промежуток времени дышать медленно, глубоко, ритмично. Партнер или учитель должны повторять это.

Дыхательные упражнения для живота

Это упражнение поможет сохранить живот расслабленным и не даст возможность брюшному прессу давить на матку. Лечь и положить руки на живот. Сделать медленный и полный вдох, давая возможность животу спокойно подняться. Не менять это положение в течение периода 4-6 сердечных ударов (контролировать по пульсу). Затем сделать медленный и ровный выдох через рот, позволяя животу опуститься. Расслабиться. Повторять упражнение 4-5 раз.

ОТДЫХ

Как и гимнастика, отдых является очень важной составной частью беременности. Многим беременным женщинам для сна необходимо 8 часов, но потребности сна могут быть индивидуальными. Вполне возможно, что сон может быть необходим и в течение всего дня. Есть некоторые советы, которые помогут не слишком уставать. Если для работы необходимо оставаться на ногах большую половину дня, то в любое удобное время нужно сесть, поднять ноги и закрыть глаза. Но если же большую часть времени сидите, лучше встать и каждый последующий час ходить по несколько минут. Необходимо составить график отдыха для того, чтобы каждый день отдыхать в одно и то же время. Во время отдыха можно воспользоваться добавочными подушками.

Необходимо также знать, как лучше и удобно вставать с кровати :

1. повернуться в удобную сторону
2. перед тем как соединить ноги, при помощи рук постараться подняться
3. опустить ноги на пол

4. выпрямиться и сесть, затем через несколько секунд можно опереться на край кровати
5. наклониться вперед
6. встать при помощи мышц ног

Занятия по системе профессора Ламаза в ГПЦ проводятся два раза в неделю по одному часу. Учитывая, что предстоящие роды часто вызывают чувство страха и беспокойности у будущих матерей, одно из последних занятий проводится психологом, работающими в центре. Его беседы с беременными помогают снять чувство напряжения и страха перед родами, подготавливают к предстоящим родам. Встречи с психологами способствуют устранению недопонимания между супругами, установлению нормальных взаимоотношений между ними. Мы учитываем тот фактор, что система подготовки беременных по методике профессора Ламаза широко распространена в ряде зарубежных стран, и беременные, прошедшие эту школу, как правило, имеют меньше осложнений во время беременности и родов. Профессором Ламазом доказано, что эти упражнения обеспечивают нормализацию маточно-плацентарного кровообращения во время схваток и потуг, снимают психологический стресс женщины, связанный с родами, обеспечивают релаксацию мышц таза. Правильное поведение во время потуг снижает риск травматизации новорожденных и матери при родах. Наши краткосрочные наблюдения подтверждают, что беременные и их супруги с большим удовольствием посещают эти занятия и школа Ламаза является наилучшим методом подготовки к родам и обеспечивает профилактику многих осложнений при родах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каюпова Н.А., Мамедалиева Н.М. Актуальные проблемы репродуктивной медицины в Казахстане. // Материалы Международного конгресса акушеров-гинекологов. - Алма-Ата, 1999. -с.6-7.
2. Чувакова Т.К. Проблемы практической перинатологии. // Акушерство, гинекология и перинатология.- Алма-Ата, 2000.-№ 1-с. 13-16.
3. Доклад по технологии в родовспоможении. ВОЗ/ЮНИСЕФ, апрель 1985.
4. Инициативы за больницы доброжелательного отношения к ребенку. ВОЗ / ЮНИСЕФ, август 1992 г.

5. Видстром Анн-Марие. Грудное вскармливание и взаимодействие между матерью и ребенком. // Санкт-Петербургские врачебные ведомости. 1994г. - № 7 - с. 3-38.
6. Helsing E., Saadeh R. Breastfeeding trends in a global perspective. // NU Nytt om U-landshalsovaakd. - 1994. - 3/91 . - 5. - P . 4 - 9.
7. Ford R.P. K., Taylor B.J., Mitchell K.A. et al. // Int. J. Epidemiol. - 1993. -Vol.22.- №5 .-P. 885-890.
8. Richard L. Les habitudes en sale d' accouchment et le success de aallaitment material. // Les dossiers de Г obstetrique. - 1990. - V. 170. - P. 16-17.
9. Howie P.W. Protective effect of breast-feeding against infection among infants in a seitlish city.//Br.med. I. - 1990 - V. 300 - P.1 1-16.
10. Sowwers M., Randolph J., Shapiro B. A prospective study of bone of density and pregnancy after an exstendent period of lactation with bone loss. Obst. Qyn. - 1995. - Vol. 85. - № 2 - P. 285-289.
11. Porkin B.M., Adair J.S., Akin J.S. et al. // Pediatrics. - 1990. - V. 86. - №6. -P.874-882.
12. Мамонова Л.Г., Копылова В.И. Современные аспекты вскармливания новорожденных детей // Материалы Международной конференции : Питание : Здоровье и болезнь, 1990. - с. 136.
13. Newcomb P.A., Stodrer B. E., Longnecker M.P. et al. // New Engl. J. Med. -1994. - Vol. 330. - № 2 - P. 82-87.
14. Breast-feeding and rich of breast cancer in young women by U.K. National cose - Control Study Group. // Br. Med. Jour. - 1993. - 307 ; 17-20.
15. Охрана, поддержка и поощрение грудного вскармливания. Особая роль родовспомогательных учреждений . ВОЗ / ЮНИСЕФ . Женева, 1989г.
16. Janocenti Dtclarftion. - Florence, Italy, 1990.
17. Глебов Д. А. Основные положения по организации родовспоможения. -Ленинград : НИИАГ НКЗ СССР, 1940г. - с. 68.
18. Альтгаузен Н.Ф. Особенности работы сестры в палатах новорожденных в родильных домах. // Охр. мат. и млад. - 1983. -№ 10.-с. 53.
19. Альтгаузен Н.Ф., Дунаевский А.Ю. Принципы планировки, строительства и организации отделений новорожденных в родильном доме. //Акушерство и гинекология - 1936. - № 1. - с. 106-108.

20. Штерн И. А. Инфекционно-токсические заболевания новорожденных . -Москва : Медгиз, 1954.- с. 67.
21. Штерн И.А. Выступления на Всесоюзном съезде детских врачей. // Тезисы докладов VIII Всесоюзного съезда детских врачей (1948). -Москва : Медицина, 1948.
22. Бартельс А.В., Гращенкова З.П. Стертые формы послеродовой инфекции. // Акушерство и гинекология . - 1969. -№ 5.-с. 9-11.
23. Бартельс А.В. Послеродовая инфекция . //Вопр. охр. мат. - 1970 -Т. 15. -№ 8 -с. 54-59.
24. Анкирская А.С, Бартельс А.В., Гращенкова З.П. Микрофлора при послеродовых эндометритах. // Акушерство и гинекология - 1971- № 11 -с.18-19.
25. Бартельс А.В. Послеродовые инфекционные заболевания .- Москва : Медицина, 1973,- с.126
26. Лошонци Д. Внутрибольничные инфекции (перевод с венгерского). -Москва : Медицина, 1978.
27. Чистович Г.Н., Бочагова Д.И., Долгопольская А.М. и др. О стафилококковых инфекциях новорожденных.- Ленинград Медицина, 1966.
28. Чистович Г.Н. Эпидемиология и профилактика стафилококковых инфекций. - Ленинград : Медицина, 1969.- с. 178.
29. Островский А.Д. О некоторых аспектах профилактики стафилококковых инфекций в роддомах.// Вопр. охр. мат. - 1966- № 5.-с. 54
30. Арихбаева Н.В. Организация работы родильного дома .- Москва : Медицина. 1965.- с. 44.
31. Артемьев В.А. Энтеральные стафилококки у доношенных новорожденных детей раннего неонатального периода и их клиническое значение. Автореф. Дис. ... канд. мед. наук. - Свердловск. -1978.- с. 25.
32. Макеева О.В. Профилактика заболеваемости матерей и новорожденных .- Москва : Медгиз, 1957. - с. 188.
33. Бисярина В.П. Клиническая характеристика стафилококкового сепсиса у новорожденных детей. // Труды VIII Всесоюзного съезда детских врачей (Киев 26-29.06.1962.) -Москва : Медицина, 1964. - с. 117.
34. Квасная Л.Г., Островский А.Д. Сепсис новорожденных . - Ленинград : Медицина, 1975.

35. Русакова Н.Н. О носительстве патогенного стафилококка.
// Вопр. охр. мат. - 1970. - Т. 15 - № 3 - с. 93-94.
36. Долгопольская А.М. Эпидемиологические особенности внутрибольничной инфекции в роддомах. // Труды VIII Всесоюзного съезда детских врачей (Киев 26-29.06.1962.) - Москва : Медицина, 1964.- с. 120-121.
37. Давидович Е.Р. Частота выявления патогенных стафилококков у матерей и новорожденных в родильных отделениях . // Вопр. охр. мат. -1968.-Т. 13. №4.-с. 86-87.
38. Давидович Е.Р. Эпидемиология стафилококковых заболеваний у рожениц, родильниц и новорожденных в родильном отделении. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Москва - 1968. - с. 24.
39. Беляков В.Д., Колесов А.П., Остроумов П.Б. и др.. Госпитальная инфекция .- Ленинград : Медицина . 1975.- с. 228.
40. Копанидзе Е. И. К профилактике послеродовых заболеваний. //Акушерство и гинекология .- 1967.- № 2 - с. 68-69.
41. Добсан Ласло. Значение перинатальной инфекции в патологии периода новорожденности. // Труды VIII Всесоюзного съезда детских врачей (Киев 26-29.06.1962.) - Москва : Медицина, 1964- с. 87-89.
42. Аккерман Л.И., Терентьева Т. А. Качественная и количественная характеристика микрофлоры родовых путей здоровых родильниц. // Акушерство и гинекология . - 1977.- № 11- с. 30-32.
43. Воропаева С.Д. Особенности внутрибольничных штаммов стафилококков. // Акушерство и гинекология . - 1974- № 8 - с. 60-62.
44. Воропаева С.Д., Фомченко Н.В., Елизарова И.П. и др. Образование устойчивости у стафилококков в условиях родовспомогательного учреждения . // Акушерство и гинекология .- 1976.- № 6 - с. 56-60.
45. Зак И.Р., Куликова Н.Н., Соколова А.К. и др. Возбудители послеродовых инфекционных заболеваний при лечении антибиотиками. // Акушерство и гинекология .- 1974.- № 3 - с. 29-32.
46. Закиров И.З.. Бодрединова М.С. О послеродовых инфекционных заболеваниях. // Акушерство и гинекология .- 1976- с. 43-45.

47. Скала Л.З., Алексеева М.И., Гольц М.В. Профилактика стафилококковых заболеваний в родильных домах. // Акушерство и гинекология .- 1975.- № 11 - с. 23-25.
48. Вашиков В.И., Одинец Е.Е., Эристави Г.В. и др. Борьба с носительством патогенного стафилококка среди рожениц и родильниц. // Акушерство и гинекология. - 1967.- № 8 - с. 76-77.
49. Веселов А.Я., Фельдман Г.С, Шульга А.А. К вопросу стафилококковой инфекции в родовспомогательных учреждениях. // Акушерство и гинекология .- 1976.- с.65-66.
50. Герасимович Г.И., Аристова Г.М., Лосюк К.А. Опыт работы по профилактике гнойно-септических заболеваний родильниц и новорожденных . // Акушерство и гинекология .- 1978.- № 4 - с. 34-36.
51. Гуртовой Б.Л. Пути и методы профилактики лактационного мастита. // Акушерство и гинекология .- 1980.- № 2 - с. 21-23.
52. Гуртовой Б.Л., Емельянова А.И., Ермоленко Н.И. Риск инфицирования новорожденного при послеродовых заболеваниях женщин. // Акушерство и гинекология .- 1977 - № 11 - с. 32-34.
53. Беляков В.Д., Ходырев А.П., Тотолян А.А. Стрептококковая инфекция. - Ленинград : Медицина .- 1978.- с. 296.
54. Ильин И.В. с соавт. Организация родовспоможения и гинекологической помощи в СССР, - Москва : Медицина.- 1978.- с. 296.
55. Емельянова А.И., Кушнарера М.В., Комаровская Т.П. и др. Этиологические особенности послеродового эндометрита и его терапия. //Акушерство и гинекология .- 1983.- № 12 - с. 27-28.
56. Рессин Б. Влияние раннего вставания на течение послеродового периода . // Акушерство и гинекология . - 1934,- № 4- с. 54-57.
57. Шепетинская А.А., Бутакова Е.Ф. Физкультура и раннее вставание в послеродовом периоде . // Акушерство и гинекология .- 1934.- № 3 -с. 108-110.
58. Окинчиц Л.Л., Никульцев А.С. Физкультура в раннем послеродовом периоде. // Акушерство и гинекология .- 1935,- № 4 - с.32-35.
59. Голодец С.Г. К вопросу об активном ведении послеродового периода у здоровых родильниц . Дис. ... канд. мед. наук. - Москва - 1970. - с. 190.

60. Афанасьева Г.В., Стерочкина И.Н. Внешнее дыхание и кровообращение у здоровых родильниц. // Акушерство и гинекология .- 1976.- № 8 -с. 27-29.
61. Афанасьева Г.В. Активное ведение послеродового периода у здоровых родильниц. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Москва.- 1977.- с. 24.
62. Алипов В.И., Мясникова Г.П., Потин В.В. и др. Особенности эндокринной системы женщин после физиологических родов. // Акушерство и гинекология .- 1979. - № 4 - с.29-31.
63. Бенедиктов Л.И. О кровообращении и температуре в матке. Издательство Томского университета - 1960. -с. 129.
64. Бубличенко Л.И. Функциональная диагностика при послеродовых заболеваниях. - Москва : Медицина, 1954. - с. 162.
65. Персианинов Л.С, Демидов В.Н. Особенности функции системы кровообращения у беременных, рожениц и родильниц. Москва : Медицина, 1977. - с. 288.
66. Хасин А.З., Хонина А.В. Профилактика послеродового эндометрита с помощью электростимуляции матки. // Казанский медицинский журнал. - 1983. -Т. 64 - с. 177-180.
- ...
- носительства патогенного стафилококка. // Акушерство и гинекология. -1972.-№ 9-с. 69-70.
84. Жаркий А.Ф., Гришина В.Г., Косицина Л.Н. Из опыта работы родильного объединения по профилактике гнойно-септических осложнений у родильниц и новорожденных. // Акушерство и гинекология. - 1976. - № 3 - с. 43-44.
85. Стрижова Н.В., Бармин А.А. Опыт работы родовспомогательного учреждения по совместному пребыванию родильниц и новорожденных. //Сборник МоНИИАГ " Организация акушерско-гинекологической помощи в РСФСР " . - Москва : Медицина, 1980. - с. 191.
86. Шабельская Т.М., Васина И.М., Казаков И.В. Опыт работы специализированного отделения "мать и дитя" роддома. // Вопр. охр. мат. - 1981.-Т. 26.-№ 1 - с. 69-70.
87. Betke K. Action fur Kinder. // Munch. Med. Wschr. - 1979. - 121 - № 4 -S. 477-478.
88. Hagele D., Furchs J., Arnold H. und and. Modische Trends in Geburtshilfe. Ergebnisse einer Bertragung ans den Jahren 1979 und 1981 . // Z. Geburtsh. Perinatal. - 1983. - 187 - № 1 - S. 43-88.

89. Kejrova Z. " Rocming - in " - system Z pohlebu pediatri. // Cr. Gynecol . 1983. -48-№2-S. 119.
90. Morris Motelovits the delivery system - a safe alternative to home dellveris. // Am. J. of obster a Gynack. - 1978. - 132. - P. 889.
91. Mushael E. Jamb. Early Contact and Maternal - infant Bouding. One Decade jaber . // Pediatrics .- 1982. - V. 70. - № 5 . - P. 763-768.
92. Prott V., Krammer A., Kanssold E. und and. Die Anwendung des Protektiven Systems zur Prophylaxe der Mastitis puerperalis. // Z. Ges. Hyg. - 1978. - Bd. 24 - № 5 - S. 351-356.
93. Wilken H.P., Simon D. Postportal Mutter - Kind Beziehung - Modibiziertes "Woming-in"- Model der Geburtschilfischen Abteilung am Kreiskrankenhaus II Z. arztl. Portbild. - 1980. - 74 - № 21 . - S. 1019 - 1 -21.
94. Сборник: Здравоохранение новорожденных в Великобритании (перевод с английского). - Vickers medical limited: Бритнауцприбор, 1982.
95. Аксентьева Т.А., Быстрицкая Т.Н. Из опыта работы республиканского роддома г. Кишинева. //Фельдшер и акушерка.-1968.- № 7 - с. 13-14.
96. Шпраккова Д. К проблематике решения отношения мать и ребенок в периоде новорожденности (чеш.). // Ceskoslovenska pediatriil. -1981. -36.- 12-P. 689.
97. Мендл В., Томаш И., Холерова М. и др. Опыт лечения матери и новорожденного в общей палате (чеш.). // Ceskoslovenska pediatriil. -1982.-37.-P. 88.
98. Schubiger V. Geburtshilfe heute. // Therapetische Umschau. - 1981 -Bd. 38- № 10 - P. 989-993.
99. Временная инструкция по совместному пребыванию родильницы и ее новорожденного ребенка в послеродовом периоде в акушерском стационаре. МЗ СССР от 02.10.1982 г.
100. Алексеев В.А. Опыт работы родильных домов при условии совместного пребывания матери и ребенка. // Здравоохранение Российской Федерации . - 1982. - № 9 - с. 33-35.
101. Хакимжанова Г.Д. Влияние совместного пребывания матери и ребенка на функцию лактации. // Акушерство и гинекология . - 1985. - № 4 -с. 49-50
102. Елизарова И.П., Разумовская И.Н., Тихонова И.С. Некоторые особенности становления лактации при совместном и раздельном пребывании с новорожденным. // Вопр. охр. мат. - 1989. - . № . 5 -с. 39-40.

103. Мовсум - Заде Ф. П., Алиев М.Г., Кочарли Р.Х. Лечение гипогалактии метоклопрамидом . // Вопр. охр. мат. и детст. - 1990. - № 1 - с. 58-59.
104. Karjalainen J. K., Martin J.M., Knip M. et al. // New Engl. J. Med. - 1992. -Vol. 337. - №5.-P. 302-307.
105. Мануилова И.А., Укыбасова Т.М., Сперанская Н.В. Особенности лактации и восстановления репродуктивной функции после родов. // Акушерство и гинекология . - 1988. - № 9 - с. 39-43.
106. Faktori koji unjesu na do jenje u gradskoj populaciji Tripolija, Libija. / Vassuah Mohamed M., Nayak Chandras . // Jugosl. Pedijajat. - 1990.- V. 33. -№ 1-4 -P. 38-41.
107. Kramer M.S. Breast - feeding and child health : Methodologic issues in epidemiologic research. In : Goldman A. S., Atkinson S.A. and Haenson L. A. (eds.). Human Lactation III. The Effect of Human Milk Upon the Recipient Infant. Plenum press, New York . - 1987.
108. Feinstein J.M., Berkelhamer J.E. et al. Factors related to early termination of breast - feeding in an urban population. // Pediatrics. - 1986. -V. 78.-№ 2-P. 210-215.
109. Алипов В. И., Колодина Л.Н., Корхов В.В., Радзинский В.Е. Лактация женщины. - Ашхабад, 1988.- с. 184.
110. Отт В.Д. Прогнозирование, профилактика и лечение гипогалактии (Методические рекомендации МЗ УССР). - Киев. - 1988. - с. 23.
111. Сейдахметова З.Ж. Изменение секреции молока при гипогалактии //Труды Института физиологии АН Каз.ССР. - 1986. - Т. 29. -с. 120-123.
112. Семенова Г.М. Режим питания кормящих матерей в некоторых зонах Казахстана в связи с проблемами грудного вскармливания. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Алма-Ата, 1992. - с. 26.
113. Разумеева Г.И. Социальные и медико - биологические аспекты вскармливания грудных детей. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва, 1988.- с.25.
114. Mikiel - Kostura K. Проект содействия грудному вскармливанию (Польша) // Семинар ВОЗ по проблемам грудного вскармливания . - Алма-Ата, 1993.
115. Родригес Перейра Р. // Педиатрия . 1996 - № 5 - с. 36-39.
116. Каюпова Н.А., Кравцова Т.Г., Назыров А.Т. Послеродовая лактация в группе высокого риска. Алма-Ата, 1997.

117. Аманжолова З.Д., Актаева Л.М., Кудайбергенова З.К., Роль грудного вскармливания в снижении острых кишечных и респираторных инфекций. // Материалы Международного конгресса акушер-гинекологов . Алма-Ата, 1999.
118. Borche M.W., Kirksey A., Hannenann R.E. Evaluation of test - weighting for the assessment of milk volume intake of formulated infants and its application to breastfeed infants. // Amer. J. Nutr. - V. 43. - № 3 -P. 367-373.
119. Knodel J., Kamnuansilpa P., Chamrathirong A. Breast - feeding in Thailand : data from the 1981 Contraceptive Prevalence Survey. Ann Arbor, Michigan University of Michigan, Population Studies Center, March 1982. (Research Report № 82 - 20) - P. 24.
120. Popkin B.M., Bilsborrow R.E. et al. Breastfeeding determinants in low - income countries . // Med. Anthropol. - 1983, Winter. - V. 7. - № 1. -P. 1 -31.
121. Short R. Breast - feeding . // Scient. Amer. J. - 1984. - V. 250. - № 4. -P. 35-41.
122. Ramachandran P. Breast - feeding and fertility : sociocultural factors. // Int. J. Gynaecol . Obstet. - 1987. - V. 25 . - Suppl . - P. 191-206.
123. Florack E., Obermann De Boer G. et al. Breast - feeding, bottle-feeding and related factors . // Acta paediatr. Scand. - 1984, - V. 73 . - № 6. -P. 789-795.
124. Goldberg H. I., Rodrigues W., Thome A. M. T. et al. Infant mortality and breast - feeding in north - eastern Brazil . // Population Studies . - 1984. -V. 38. -P. 105-115.
125. Mata L. The importance of breast - feeding for optimal child health and well - being. // Clin. Nutr. - 1984. - V. 3. - № 1.
126. Report of the task force on the assessment of the scientific evidence relating to infant - feeding practices and infant health. // Pediatrics. - 1984. -V. 74.-P. 579-762.
127. Protection, Promotion and Supporting Breast - feeding . The special role of maternity services a joint WHO / UNICEF Statement . - 1989. - P. 32.
128. Hatjis C.G., Morris M., Rose J. C. Oxytocin, vasopressin and prolactin responses associated with nipple stimulation . // South, med. J. 1989. -V. 82.-№2-P. 193-196.
129. Алексеев Н. П. Динамика рефлекса выведения молока у лактирующих крыс при механической стимуляции сосков молочной железы. // Физиол. журнал СССР. - 1991. - Т. 77. - № 1 - с. 128- 132.
130. Алиев М. Г., Рагимова Ш. А., Исмаилов Ю.Б. Новая веха в изучении лактации человека и животных. - Баку, 1990. - с. 92.

131. Rillema J. A. Mechanism of prolactin action. // Fed. Proc. - 1989. - 39. -P. 2593-2598.
132. Никитина Е. Б., Мезинова Н. Н. Влияние раннего прикладывания ребенка к груди и индивидуального режима вскармливания на лактогенез. // Акушерство и гинекология . - 1990. - № 3 - с. 56-58.
133. Бахаев В. В., Роткина И. Е., Луцки Л. А. Механизм послеродовой лактации . // Акушерство и гинекология . - 1996. - № 3 - с. 3-5.
134. Benjamin F. Normal lactation and galactorrea . // J. Clin. Obstret. Gynecol. - 1994. - V. 37 (4). - P. 887-897.
135. Тихонова Т. К. Профилактика и лечение гипогалактии у родильниц с поздним прикладыванием к груди . Автореф. дис. ... канд. мед. наук. -Санкт-Петербург, 1996. - с. 21.
136. Kettel L. M., Roseff S. J., Bangah M, L. et al. Circulating kevels of inhibin in pregnat women at term : with oestradiol and progesterone after delivery. // Clin. Endocrinol. - 1991. - V. 34. - P. 19-23.
137. Howil P., McNelly A., Houston M. The relationship between suckling -induced prolactin response and lactogenesis . // J. Clin. Endocrin. Metabol. - 1990.-V. 50. - № 4 -P. 670-675.
138. Артыкова Н.П. Особенности лактационной функции женщин в Таджикистане и пути ее оптимизации. Автореф. дис. ... док. мед. наук. - Душанбе, 1996. - с. 34.
139. Anderson M.A. Maternal nutrition, brestfeeding practices and lactation. // Mat. of. Workshop of Maternal and child ealth perfomance. - 1993. -P. 223.
140. Blass E. M, Teicher M. H. Suckling. // Science. - 1980, - V. 210. -P. 15-20.
141. Елизарова И.П., Разумовская И.Н., Тихонова И.С. Оптимизация грудного вскармливания новорожденных и становление лактации у матерей. // Тезисы докладов XI Всероссийского съезда детских врачей. -Москва, 1982.
142. Нейлор О.Дж. Руководство по лактации для успешного кормления грудью. - Сан - Диего, Калифорния, 1993.
143. Винтер Тине Диге .Грудное вскармливание . Как поддерживать успех. //ВОЗ. Европейское региональное бюро. Копенгаген, 1993.
144. Hopkinson J.M. Milk production by mothers of premature infants. //Pediatries. -1988. - V. 81. -P. 815-820.

145. Holst N., Genssen T., Burhol P. et al. Gut peptides in lactation. // Br. J. Obstet. Gynecol. - 1986. - V. 93. - № 2 - P. 188-193.
146. Колодина Л.Н., Купцов Г.Д., Потин В.В. Содержание пролактина в крови родильниц при нормальной и недостаточной лактации. // Вопр. охр. матер. и детства . - 1980. - Т. 25. - № 2 - с. 43-46.
147. Кинг Ф.С. Помощь матерям в кормлении грудью. (Перевод с англ.) //ВОЗ, 1995.- с. 17.
148. Руководство и пропаганда грудного вскармливания в больнице, благожелательной к ребенку. (Перевод с англ.) // Детский фонд ООН и ВОЗ, 1993.-с. 134.
149. Никитин Б.П. Первые уроки естественного воспитания или детство без болезней. -Ленинград - 1990. - с. 191.
150. Роговская Т.А., Грищенко В.Н., Коган И.А. Функциональное состояние эпифиза по данным экскреции мелатонина и функция лактации у родильниц . // Акушерство и гинекология . - 1980. - № 2 -с. 10-12.
151. Разумовская И.Н., Соколова З.П., Тихонова И.С. Становление лактации при раннем грудном вскармливании новорожденных. // Вопр. охр. мат. и дет. - 1980. - № 10 - с. 53-55.
152. Емельянова Е.А. Исследование вегетативно- эндокринной регуляции функции молочных желез у беременных и родильниц с достаточной и сниженной лактацией. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Волгоград, 1982.
153. Вельтищев Ю.Е., Харькова Р.М. Биологически активные факторы грудного молока. // Вопр. охр. мат. и дет. - 1991. - Т. 36. - № 6 -с. 48-52.
154. Воронцов И.М., Фатеева Е.М., Хазенсон Л.Б. Естественное вскармливание детей . - Санкт-Петербург, 1993. - с.200.
155. Quantity and quality of breast milk. Report on the WHO Collaborative Study on Breast - feeding . Geneva, World Health Organization, 1985.
156. Hartman P.E., Kent J.C The sublety of breast milk . Breast - feeding review.- 1988.- V. 13.-P. 13-14.
157. Hansosn L.S. et al. Breast - feeding protects against infection and allergy. // Breast - feeding review, 1988. - № 13 - P. 19-22.
158. Маркевич В.Э., Набухотный Т.К. Сравнительная характеристика белков сыворотки крови матери, новорожденного и грудного молока в зависимости от

- сроков лактации по данным дискового электрофореза в полиакриловом геле. // Вопр. охр. мат. - 1986. -№6 -с. 12-15.
159. Бендукидзе Н.Г. Защитные факторы грудного молока матерей, перенесших нефропатию беременных. // Тезисы докладов VII Всероссийского съезда детских врачей. - Иваново, 1987. - Ч. 2. -с. 281-281.
160. Saarinen U.M., Kajosaari M. //Lancet.- 1995. - № 10 - P. 1065-1069.
161. 161. Whitworth N.S. Lactation in human. // Psychoneuroendocrinol. - 1988.- V. 13.-№ 1-2-P. 171-188.
162. Абрамченко В.В., Ланцев Е.А. Кесарево сечение . - Санкт-Петербург: Медицина, 1991. - с. 147.
163. Малышева В.А., Афонина Л. И. Значение определения пролактина при беременности . // Методы оценки эндокринных функций репродуктивной системы. -Москва, 1986. - с. 163-168.
164. Гулямова М.А. Основные показатели физического развития детей 1 года жизни и иммунологические факторы женского молока (Исслед. взаимосвязи). Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Ташкент, 1989.-с.20.
165. Макарова Н.А., Разумовская И. Н., Шищенко В.М. Поощрение и поддержка грудного вскармливания в сети практического здравоохранения . //Информационное письмо. - Москва, 1989. - с. 15.
166. Saarinen U.M. Prolongen breast - feeding as prophylaxis for reccurent otitis media. // Acta Minerva . - 1988. - P. 23.
167. Victora C.G., Smith P. G., Barros F. C. et al. Evidence for protection by breast - feeding against infant deaths from infectious diseases in Brasil . // Lancet . - 1987. - V. 2. - P. 319-322.
168. Джораева Г.Р. Особенности лактации у женщин в Туркменистане и ее взаимосвязь с развитием младенца. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. -Минск, 1992. -с. 18.
169. Stahlberg M.R. Breast - feeding, cow milk feeding, and allergy . - 1985. -V. 40.-№8- P. 612-615.
170. Ярославский В.К., Алексеев Н.П., Гайдуков С.Н. О лечении и профилактике гипогалактии . // Российский вестник перинатологии. -1994.-Т. 39. -№2-с. 10-12.
171. Perez A., Labbok M.H., Guenan J.T. et al. // Lancet . - 1992. - V. 339. -№4-P. 968-070.

172. Pisacane A., Graxlono L., Mazzarella G. et al. // *Pediatr.* - 1992. -V. 120.-№ 1 -P. 87-89.
173. Pollock J.I. // *Develop. Med. and. Child Neurol.* - 1994. - Vol. 36. -P. 429-440.
174. Howie P. W., Forsyth J. S., Ogston S. A. et al. // *Brit. Med. J.* - 1990. -V. 300.-P. 6-11.
175. Romito P. Mothers experience of breast - feeding . // *J. Repord. Infant Psychol. Stud.* - 1988. - Vol. 6. - № 2 . - P. 89-99.
176. Карасева М.Б., Баранцева М.К., Винокурова Р.В. и др. Влияние алиментарного фактора на становление лактации, состав молока кормящих матерей и некоторые показатели здоровья новорожденных. // *Актуальные проблемы науки о питании. Тезисы докладов конференции молодых специалистов . - Москва, 1985.*
177. Арутюнян А.П. Женское молоко в норме и при патологии. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Ереван, 1990. - с. 20.
178. Rogan W.J., Gladen B.C.//*Early Hum.Develop.*-1993.-Vol. 31.-P. 181-193.
179. Zuppa A. A., Tornesello A. et al. Relationship between maternal parity, basal prolactin and neonatal breast milk intace. // *Biol. Neonatal. Basel. J.* - 1988. - Vol. 53. - № 3 - P. 144-147.
180. Адигамов Л.Ф. Тиреоидные гормоны молока млекопитающих и их биологическая роль. // *Теоретические и клинические аспекты науки о питании. Сборник научных трудов Института питания АМН СССР. -1986. -Т. 7 -с. 228-234.*
181. Patacchioli F., Ciglana G., Cilumbiello A. et al. Maternal plasma and milk 'free cortisol during the first 3 days of breast - feeding following spontaneous delivery or electiue cesarean section. // *Europe J. Obst. Gyn.* - 1992. - Vol. 34. - № 3 - P. 159-163.
182. Гравянко Т.Д., Новикова Н.П., Яковлев А.А., Хоминская З.Б Роль гормонов женского молока в период ранней адаптации новорожденных. // *Тезисы докладов III Всесоюзного съезда эндокринологов . - Ташкент. - 1989. - с. 111.*
183. Мамонова Л.Г. Медико - биологическое обоснование, разработка и клиническая оценка новых специализированных продуктов для кормящих матерей и новорожденных детей. Автореф. дис. ... док. мед. наук. - Москва, 1993. - с. 50.

184. Аронова Б.А., Бахалова Н.В., Александрова А.А. Изыскание путей коррекции лактации, сниженной под влиянием некоторых факторов . // Актуальные вопросы социальной гигиены и охраны здоровья детей раннего возраста . - Фрунзе. - 1985. - с. 5-6.
185. Артыкова Н.П. Гипоталамо- гипофизарная регуляция лактации в условиях гиподинамии . Автореф. дис канд. мед. наук. - Харьков.- 1986. -с. 23.
186. Luccas A., Cole T.J. // Lancet . - 1990. - Vol. 336 - № 12 - P. 1519-1523.
187. Burr M.L., Limb E. S., Magneire M. J. et al. Infant feeding, wheezing and allergy. // Arch. Dis. Child. . - 1993. - 68 ; 7-24-28.
188. Gunningham Allans, M. D., Derrick B. Jeliffe, M. D., T. F. Patrice Jeliffe, MPH . // The Journ. of Pediatrics . -1992. - V. 118. - № 5 - P. 659-664.
189. Howie P.W.,-Forsyth et al. // British. Medical. Journ. - 1990 - V. 300. -P. 11-16.
190. Levine R.E. et al. Center to Prevent Childhood Malnutrition . - 1990.
191. Lucas A. Collier. J. Breast milk and neonatal necrotizing enterocolitis. // The Lancet. - 1990. - 3 - 36. - P. 1516-23.
192. Berenson A., Hammil H., Martens M. et al. Bacteriologic findings of postcesarean endometritis in adolescents . // Obstet. Gynecol. - 1990. -Vol. 75.-№ 4-P. 627-629.
193. Jen K.L., Junlil N., Lin P.K. Repeated pregnansy without lactation effects on carcass composition and alipose tise cellularity in rats . //J. Nutr. - 1988. - Vol. 118. - P. 93-98.
194. Labbok M.H., Hendershot G.E. // Amer. J. Prev. Med. - 1987. - Vol. 3. -№4-P. 227-232.
195. Mukasa G.K. A 12-month lactation clinic experience in Uganda. // J. Trop. Pediatr. - 1992. - Vol. 38 - № 2 - P. 78-82/
196. Jarosz L. Breast-feeding versus formula; cost comparison. // Hawaii. Med. (Journ. - V. 52 : 14- 17.
- 197., Jones E. G., Matheny R. J. Relation ships between infant feeding and exclusion rate from child care because of illness . // Journ. Amer.. Diet. Assoc. - 1993. - V. 93 : 809- 11.
198. Якобсон П.И. Эффективность и качество работы в производственной среде. - Москва : Экономика, 1984. - с. 136.

199. Богатырев И.Д. О критериях эффективности для математического моделирования различных видов медицинской помощи населению. // Советское здравоохранение . - 1969. - № 5 - с. 8-13.
200. Головтеев В.В., Калью П. И ., Пустовой И. В. Основы экономики советского здравоохранения. - Москва : Медицина, 1974. - с. 197.
201. Гороховер И.А. Об экономических показателях работы городских больниц и родильных домов. // Казанский мед. - 1967. -№3-с. 81-83.
202. Подольская Т.М. Об оценке экономической эффективности внедрения новых лекарственных средств. // Советское здравоохранение. - 1980. -№ 2 - с. 27-29.
203. Сергеев Г.В. Некоторые вопросы экономики в здравоохранении. // Здравоохранение Российской Федерации. - 1982. - № 9 - с. 3-7.
204. Неменов А.Я., Илюхин С.Д. О некоторых практических мерах здравоохранения по улучшению демографической ситуации. // Здравоохранение Российской Федерации - 1982. - № 9 - с. 712.
205. Ройтман М.П., Лунская Л.Л., Стальнова Р.С. Некоторые экономические аспекты деятельности отделений долечивания и отделений восстановительного лечения. // Советское здравоохранение -1980. -№ 2 -с. 24-27.
206. Мокеров И. П. Планирование и потребность родильных коек в городах . // Вопр. охр. мат. - 1965. - Т. 10. - № 11 - с. 70-71.
207. Шалимов А. А., Хохоля В. П. Оптимизация работы хирургических отделений . - Киев : Здоровье, 1978. - с. 64.
208. Власов В.В. Медицина в условиях дефицита ресурсов. - Москва : Триумф, 1990
209. Тельков А.В. Интегрированная система учёта и анализа затрат на оказание больничной помощи. Технический учёт. Здрав, реформ, 1996.
210. Окушко Н.Б. Методы экономической оценки программ и проектов в здравоохранении. // Учебное пособие. - Кемерово. - Сиб.форм, 2000.
- 211.Шейман И.М. Реформа управления и финансирования здравоохранения. Москва : Русь, 1998. - с. 356.
212. Drummond M., Stodardd Y., Torrans Y. Methods for the Economic Evaluation of Helth Care Programmes - Oxford : Oxford University Press, 1987.-P. 135.
213. Козырев В.М. Основы современной экономики. - Москва : Финансы и статистика, 1999. - с. 367.

214. Шейман И.М. Экономика Здравоохранения. //Учебное пособие. -Москва, 2001. - с. 323.
215. Breast - feeding and the Environment. // Well start (обзор).
216. Приказ № 535 МЗ СССР от 22.01.01985г. "Об унифицировании микробиологических (бактериологических) методов исследования в лечебно-профилактических учреждениях".
217. Зайцев Л. М. Методы регистрации, математической обработки гистерограмм. // Акушерство и гинекология . - 1985. - № 5 - с. 8-12.
218. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов . - Ленинград : Медицина, 1978. - с. 294.
219. Гублер Е. В. Информатика в патологии, клинической медицине и педиатрии. - Ленинград : Медицина, 1990. - с. 175.
220. Афифи А., Эйзен С. Статистический анализ. Подход с использованием ЭВМ. - Москва ; Мир, 1982. - с. 194-208.
221. Приказ № 113 МЗ РК от 27.06.1997г. "Охрана, поощрение и поддержка грудного вскармливания".
222. Шабалов Н.П. Неонатология. - Санкт-Петербург: Специальная литература, 1996.
223. Кулаков В. И., Чернуха Е. А., Комиссарова Л. М. Кесарево сечение. -Москва : Медицина, 1998. - с. 135.
224. Perez - Escamilla R. et al. Prelacteal feeds are negatively associated with breast - feeding euteoines in Honduras. Jour. of nutrition, 1996 - 126 : 2773.
225. Penrise J., Kady E., Loges A. Протонная магнитно-резонансная спектроскопия плода у здоровых недоношенных и доношенных детей и ранние изменения при гипоксии и ишемии // Pediatric research // 1996, 40 1:6-14.
226. Вартанов А.В., Анисимов П.В., Усаков В.Л., Пирогов Н.В. // Метод автоматического выделения биологических тканей по комплексу МРТ изображений // Мед. Физика, 2004, №1, с. 31-35
227. O.Brookoe // Magnetic resonanse imaging // Medical News today. 2006. p. 1-3
228. Панов В., Кулабухова К., Потапова С. "МРТ диагностика в акушерстве и гинекологии". Материалы междуниверситетского семинара по диагностической и терапевтической радиологии". Минск. 20-21 окт. 2003 год. стр. 1-4.

229. Baker P.N., Johnson I.R., Harvey P.R. et al. A three-year follow-up of children imaged in utero with echo-planar magnetic resonance. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1994, 170, 32-33.
230. Dicle O., Kucukler C., Pirnar T. et al. Magnetic resonance imaging evaluation of incision healing after cesarean sections. *Eur. radiol.*, 1997, 7, 31-34.
231. Dubuisson J.B., Fauconnier A., Deffarges J.V. et al. Pregnancy outcome and deliveries following laparoscopic myomectomy. *Hum. reprod.*, 2000, 15, 869-873.
232. Gabbe S.G. *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies*. Churchill Livingstone. 1996.
233. Rozenberg P., Goffinet F., Philippe H. et al. Ultrasonographic measurement of lower uterine segment to assess risk of defects of scarred uterus. *Lancet*. 1996, 347, 281-284.
234. Zaretsky M.V., Alexander J.M. et al. Magnetic resonance imaging pelvimetry and the prediction of labor dystocia. *Obstet Gynecol*. 2005 Nov. 106 (5 pt 1): 919-26.
235. Sporri S., Hanggi W., Braghetti A. et al. Pelvimetry by magnetic resonance imaging as a diagnostic tool to evaluate dystocia. *Obstet Gynecol*. 1997 Jun; 89(6):902-8.
236. Sporri S., Thoeny H.C., Raio L. et al. MR imaging pelvimetry: a useful adjunct in the treatment of women at risk for dystocia? *AJR Am. J. Roentgenol*. 2002 Jul; 179(1):137-44.
237. Stark D.D., McCarthy S.M., Filly R.A. et al. Pelvimetry by magnetic resonance imaging. *AJR Am. J. Roentgenol*. 1985 May; 144(5): 947-50.
238. Fox L.K., Huerta-Enochian G,S., Hamlin J.A, Katz V.L. The magnetic resonance imaging-based fetal-pelvic index: a pilot study in the community hospital. *Am. J. Obstet. Gynecol*. 2004 Jun; 190(6):1679-85.
239. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. Centres for Disease control and prevention MMWR. Recomm. Rep. 2002. SI (RR-6): 1-78.
240. Afternatal care: routine care for the healthy pregnant women Clinical guideline. Natoral Colaborating centre for women's and children's Health R COCO press, October 2003.
241. Gwendolyn L. Gilbert. The infections in pregnant women. *Medical journal of Australia* 4. March 2002 17b5: 229-236

242. Prevention of group B streptococcal infection in newborns: recommendation statement from the Canadian Task force on preventive Health Care. *CMas* 2002 Apr., 2, 166 (>) 928-30.
243. Eva Jungmann, "Genital herpes cein Evid. 2004"; 12:1-3.
244. Jones J. Lopez A., Wilson M. congenital Toxoplasmosis *Am. Fan physician* 2003. 67: 2131-8 2146-6.
245. Management of herpes virus infection in pregnancy. *Rcog guideline W30*. March 2002.