

2. Недержание мочи, как стрессовое, так и urgentное развивается преимущественно в третьем триместре беременности.

3. О методах тренировки мышц тазового дна знает 52% женщин, однако несмотря на широкую распространенность недержания мочи во время беременности, только каждая пятая женщина выполняет упражнения для тренировки мышц промежности, а тренажерами не пользуется ни одна женщина.

4. Необходимы дальнейшие исследования о факторах риска, патогенезе, диагностике, возможностях лечения и профилактики недержания мочи во время беременности.

Литература

1. Нечипоренко, А.Н. Генитальный пролапс: с электр. прил. / А.Н. Нечипоренко, Н.А. Нечипоренко, А.В. Строчкий. – Минск : Вышэйшая шк., 2014. – 399 с.: ил. + электрон. опт. Диск (CD-R).

2. Ковалева, Л.А. Нарушения мочеиспускания у беременных женщин: факторы риска, диагностика и эффективность поведенческой терапии Текст.: дис. .канд. мед. наук / Л.А. Ковалева – М., 2009. – 1-131с.

3. Нечипоренко, Н.А. Урогинекология : учеб. пособие / Н.А. Нечипоренко, М.В. Кажина, В.В. Спас. – Мн. : Выш. шк., 2005. – 205 с.

4. Urinary incontinence during pregnancy and postpartum. Associated risk factors and influence of pelvic floor exercises / S. Martin-Martin Pascual [et al.] // Arch. Esp. Urol. – 2014 May. – Vol. 67, N 4. – P. 323-30.

МОЧЕВАЯ ИНКОНТИНЕНЦИЯ И ЗАТРУДНЕНИЕ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ЖЕНЩИН В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Петухов В.С.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Недержание мочи при напряжении представляет собой непроизвольное выделение порции мочи из уретры, возникающее в момент внезапного повышения внутрибрюшного давления (кашель, смех, бег, подъем тяжести). Императивное (urgentное) недержание мочи является внезапное возникновение интенсивного позыва к мочеиспусканию, который приводит к немедленному выделению порции мочи. Традиционно считается, что основной причиной недержания мочи при напряжении у женщин является родовая травма сфинктера уретры. Причем нарушение функции сфинктера происходит в результате перерастяжения или разрыва сократительной или опорной ткани, прежде всего – лобково-пузырной фасции и идущих от нее к шейке матки фиброзных тяжей [1,2]. Риск подобных нарушений существенно возрастает при травмах промежности или выполнении эпизиотомии, наложении акушерских щипцов [3,4]. Профилактика подобных нарушений включает выполнение специальных упражнений и использование тренажеров для тренировки мышц промежности [3]. В Республике Беларусь исследование распространенности нарушений мочеиспускания у женщин после родов и мероприятий по их профилактике проводилось недостаточно.

Цель исследования. Определить распространенность нарушений мочеиспускания в послеродовом периоде.

Материал и методы. Нами проведено добровольное анкетирование 100 женщин, находившихся в послеродовом периоде в родильном доме УЗ «ВГК БСМП» в 2015 г.

Для проведения анкетирования, нами были разработаны анкеты, содержащие вопросы о репродуктивной функции, особенностях течения родов, маркерах дисплазии соединительной ткани и нарушениях мочеиспускания в послеродовом периоде.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 8.0.

Результаты и обсуждение. Возраст обследованных женщин варьировал от 18 до 40 лет, в среднем составляя $27,8 \pm 5$ лет. У 42% женщин, данная беременность была первой, у 38% женщин – второй, у 17% – третьей и более. Первые роды предстояли 55% женщин, вторые роды – 36% женщин, третьи роды – 5% женщин, четвертые роды – 1% женщин. У 18% женщин в анамнезе имели место медицинские аборт, у 13% – выкидыши.

Настоящая беременность завершилась родами через естественные родовые пути у 70% женщин; 29% женщин были родоразрешены путем операции кесарева сечения. У одной пациентки, беременной двойней, рождение первого плода произошло через естественные родовые пути, а второго путем операции кесарева сечения.

Данные о различных формах нарушений мочеиспускания, а также сроках, когда такое нарушение впервые отмечено после родов представлены в таблице 1.

Таблица 1. Распространенность различных форм нарушений мочеиспускания после родов и сроки их возникновения

Стрессовое недержание мочи, %	Ургентное недержание мочи, %	Смешанное недержание мочи, %	Затруднение мочеиспускания, %
-------------------------------	------------------------------	------------------------------	-------------------------------

Всего	7	Всего	7	Всего	10	Всего	5
1-е сутки	3	1-е сутки	4	1-е сутки	7	1-е сутки	8
2-е сутки	2	2-е сутки	3	2-е сутки	2	2-е сутки	
3-и сутки и последующие	2	3-и сутки и последующие	0	3-и сутки и последующие	1	3-и сутки и последующие	

Анкетирование показало, что о существовании методов тренировки мышц тазового дна осведомлены 51%. Подобную информацию от врача получали только 18% женщин. Во время беременности, упражнения для тренировки мышц тазового дна делали только 22% женщин. Знают о том, что существуют специальные тренажеры для мышц тазового дна 30% опрошенных, однако никто из проанкетированных их не использовал.

Выводы.

1. Стрессовое недержание мочи после родов возникает у 7% женщин, ургентное недержание мочи – у 7% женщин, смешанное недержание мочи у 10% женщин.

2. Расстройства мочеиспускания развиваются преимущественно в первые сутки после родов.

3. Затруднения мочеиспускания у женщин после родов возникали у 25%, преимущественно в первые сутки после родов.

3. О методах тренировки мышц тазового дна знает 52% женщин, однако несмотря на широкую распространенность недержания мочи во время беременности, только каждая пятая женщина выполняет упражнения для тренировки мышц промежности, а тренажерами не пользуется ни одна женщина.

4. Необходимы дальнейшие исследования о факторах риска, патогенезе, диагностике, возможностях лечения и профилактики недержания мочи во время беременности и в послеродовой период.

Литература

1. Нечипоренко, А.Н. Генитальный пролапс: с электр. прил. / А.Н. Нечипоренко, Н.А. Нечипоренко, А.В. Строчкий. – Минск :Вышэйшая школа, 2014. – 399 с.: ил. + электрон. опт. Диск (CD-R).

2. Нечипоренко, Н.А. Урогинекология : учеб. пособие / Н.А. Нечипоренко, М.В. Кажина, В.В. Спас. – Мн. : Выш. шк., 2005. – 205 с.

3. KahyaogluSut, H. Effect of pelvic floor muscle exercise on pelvic floor muscle activity and voiding functions during pregnancy and the postpartum period / H. Kahyaoglu, Sut Balkanli Kaplan // NeurourolUrodyn. – 2015 Feb 3. – Vol. 9999. – P. 1-6.

4. Bozkurt, M. Pelvic floor dysfunction, and effects of pregnancy and mode of delivery on pelvic floor / M. Bozkurt, A.E. Yumru, L Şahin // Taiwan J Obstet Gynecol. – 2014 Dec. – Vol. 53, N 4. – P. 452-8.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ РАННЕЙ АНЕМИИ НЕДОНОШЕННЫХ У НОВОРОЖДЕННЫХ НИЗКИХ ГЕСТАЦИОННЫХ СРОКОВ

Потапова В.Е.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Анемия является одной из наиболее частых патологий у детей раннего возраста, среди недоношенных на первом году жизни анемия развивается практически у всех. При этом тяжесть течения тем выше, чем меньше гестационный возраст ребенка. В первые месяцы жизни у недоношенных детей с очень низкой массой тела при рождении (менее 1500 г) и гестационным возрастом менее 32 недель тяжелая анемия, требующая переливание эритроцитарной массы, составляет до 90% [1]. В патогенезе ранней анемии недоношенных играет роль не только формирование дефицита железа, характерного для всех детей раннего возраста, но и факторы незавершенного онтогенеза, в частности, преобладание экстремедулярного типа кроветворения. Для недоношенных детей характерны морфологические изменения эритроцитов. Так, эритроциты аномальной формы составляют 27%, в связи с чем, период их жизни в 2 раза меньше, чем у доношенного ребенка (15 – 35 дней). Укорочению жизни эритроцитов могут способствовать особенности строения их мембран и нарушение проницаемости, в том числе при недостаточности витамина Е, который локализуется в мембранах и активно участвует в перекисном фосфорилировании. Дефицит витамина Е наблюдается у 86% недоношенных детей [2,4]. Уровень гемоглобина также зависит от срока гестации, составляя на 10-й неделе в среднем 90 г/л, а к 38-й неделе 170±20 г/л [3].

Целью нашего исследования явилось изучение частоты встречаемости ранней анемии у недоношенных новорожденных и рисков ее развития у детей низких гестационных сроков.

Материал и методы. В ходе исследования под нашим наблюдением находилось 40 новорожденных с клинической картиной ранней анемии, срок гестации варьировал от 26 до 32 недель и в среднем составил 29,56 ± 0,27. Дети находились на обследовании и лечении в педиатрическом отделении для недоношенных детей (II этап