

к обучению выше 10,2 %, чем у детей 5 лет — 5,1 %. «Средний» уровень готовности 6-летних детей составил 25,4 %, а 5-летних — 18,6 %. «Низкий» уровень у детей 5 и 6 лет одинаков: по 18,6 %. Среди 5-летних детей «очень низкий» уровень готовности составил 3,4 %, а среди 6-летних детей данный уровень готовности отсутствовал. В ходе определения уровня зрелости нервных процессов выявлено, что слабый тип нервной системы был отмечен у 60 % мальчиков и 49 % девочек 5 лет. У 15 % мальчиков и 26 % девочек отмечен сильный темп нервной деятельности. В 7 лет соотношение существенно не изменилось — 70 % мальчиков продемонстрировали характер кривой темпа деятельности по типу слабой нервной системы, в то время как у значительной части девочек в этом возрасте 45 % темп деятельности был представлен кривой по типу сильной нервной системы. По данным диагностической методики Дж. Чейпи для родителей установлено, что 59,3 % детей готовы к обучению в школе (из них 22,1 % мальчиков и 37,3 % девочек) и 40,7 % не готовы.

Выводы

1. Преобладает число детей, относящиеся к первой группе физического развития, к третьей группе физического развития относится 25 % случаев.
2. С помощью сравнительного анализа показателей готовности детей к школе более высокий уровень готовности отмечен у девочек по сравнению с мальчиками.
3. Оценка характера кривой темпа деятельности выявила до 50 % дошкольников 5–6 лет со слабой нервной системой с преобладанием у мальчиков слабого, у девочек — сильного типа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Безруких, М. М. Функциональное развитие мозга, познавательная деятельность и обучение в дошкольном и младшем школьном возрасте / М. М. Безруких // Новые исследования. 2009. — № 2 (19). — С. 8–9.
2. Айзман, Р. И. Готов ли ребенок к школе? Диагностика в экспериментах, заданиях, рисунках и таблицах / Р. И. Айзман, Г. Н. Жарова. — М., 2006. — 208 с.
3. Кучма, В. Р. Гигиена детей и подростков: учеб. / В. Р. Кучма. — М.: Медицина, 2003. — 384 с.
4. Глазачев, О. С. Индивидуальные особенности психофизиологических функций первоклассников в процессе их адаптации в школе / О. С. Глазачев, К. В. Гавриков // Физиология человека. — 1992. — № 6. — С. 116–124.
5. Морфофункциональное созревание основных физиологических систем организма детей дошкольного возраста / под ред. М. В. Антроповой, М. М. Кольцовой. — М., 1983. — 124 с.

УДК 618.5-089.888.61

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ РОДРАЗРЕШЕНИЯ ПУТЕМ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В ПЛАНОВОМ И ЭКСТРЕННОМ ПОРЯДКЕ

Деденко И. В.

Научный руководитель к.м.н., доцент Е. А. Эйныш

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Увеличение частоты кесаревых сечений по отношению к родам повышает материнскую заболеваемость в ближайшие сроки после операции, не всегда устраняет заболевания плода, особенно если операция выполняется в экстренном порядке, без проведения предоперационной подготовки, направленной на максимальную профилактику осложнений как во время операции, так и в послеоперационном периоде [1, 2].

Цель

Выявить особенности и провести сравнительный анализ течения родов и состояния новорожденных у пациенток, родоразрешенных путём операции кесарева сечения в плановом и экстренном порядке.

Материалы и методы исследования

Изучены протоколы операций кесарева сечения, полученные путем ретроспективного анализа 90 историй родов (по 45 с плановым (1 группа) и экстренным (2 группа) кесаревым сечением) в учреждении здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница № 3» за период сентябрь 2014 г. — январь 2015 г. Для количественных

данных вычислены средние величины и их ошибки, для качественных признаков - доля и ошибка доли. Сравнение групп проведено с помощью критерия χ^2 , критерия Манна-Уитни (U). Статистически значимыми считали результаты при уровне $p < 0,05$.

Результаты исследования

Средний возраст пациенток 1 группы был $29,6 \pm 5,3$, пациенток 2 группы — $28,0 \pm 4,6$ лет. Первородных было 14 ($31,1 \pm 6,9$ %) и 22 ($48,9 \pm 7,5$ %) соответственно, $\chi^2 = 3,6$, $p = 0,05$. Первые роды отмечались у 19 ($42,2 \pm 7,4$ %) пациенток 1 группы и у 26 ($57,8 \pm 7,4$ %) пациенток 2 группы, $\chi^2 = 5,1$, $p = 0,02$. Срок беременности при родоразрешении составил $275,0 \pm 7,0$ дней у пациенток 1 группы и $272,0 \pm 8,5$ дней у пациенток 2 группы. Показаниями к плановой операции кесарева сечения являлись оперированная матка — 18 ($40,0 \pm 7,3$ %), крупный плод в сочетании с нормальным или анатомически узким тазом — 22 ($48,8 \pm 7,4$ %), тазовое предлежание плода — 3 ($6,7 \pm 3,7$ %), миома матки — 2 ($4,4 \pm 3,1$ %). Показаниями к экстренной операции кесарева сечения являлись преждевременное излитие околоплодных вод при незрелых родовых путях — 13 ($28,9 \pm 6,8$ %), оперированная матка, первый период родов — 11 ($24,4 \pm 6,4$ %), субкомпенсация хронической внутриматочной гипоксии плода в первом периоде родов — 10 ($22,2 \pm 6,2$ %), отсутствие эффекта от родоиндукции — 5 ($11,1 \pm 4,7$ %), клинический узкий таз — 4 ($8,9 \pm 4,2$ %), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты — 2 ($4,4 \pm 3,1$ %).

Под спинальной анестезией проведено 30 ($66,7 \pm 7,0$ %) операций в 1 группе и 25 ($55,6 \pm 7,4$ %) во 2 группе. Лапаротомия по Пфанненштилю была выполнена у 32 ($71,1 \pm 6,8$ %) пациенток 1 группы и у 37 ($82,2 \pm 5,7$ %) 2 группы. Длительность операции до извлечения плода в 1 группе составила $5,0 \pm 1,0$, во 2 — $4,0 \pm 1,5$ минуты, $Z = 2,82$, $p = 0,0048$. Длительность операции составила $44,0 \pm 11,5$ и $38,5 \pm 14,2$ минут соответственно, $Z = 2,59$, $p = 0,0096$. Профилактика послеродового кровотечения при плановых операциях проведена окситоцином 1 мл в мышцу матки в 3 ($6,7 \pm 3,7$ %) и 11 ($24,4 \pm 6,4$ %), $\chi^2 = 12,7$, $p < 0,0001$ случаях соответственно, внутривенным введением 2 мл окситоцина — в 42 ($93,3 \pm 3,7$ %) и 34 ($75,6 \pm 6,4$ %), внутривенным введением метилэргометрина — в 16 ($35,6 \pm 7,1$ %) и 26 ($57,8 \pm 7,4$ %) случаях, $\chi^2 = 9,7$, $p = 0,02$.

Кровопотеря в 1 группе составила $666,0 \pm 84,0$ мл, во 2 — $670,0 \pm 113,0$ мл.

Вес ребенка при плановых операциях был $3675,0 \pm 401,0$ г, при экстренных — $3370,0 \pm 527,0$ г, $Z = 3,17$, $p = 0,0015$. Длина ребенка составила $54,0 \pm 2,0$ и $53,0 \pm 3,0$ см. По шкале Апгар 1 ребенок ($2,2 \pm 1,0$ %) при плановой операции на 1 и 5 минутах имел оценку 6 баллов, при экстренном кесаревом сечении 4 детей ($8,9 \pm 2,4$ %) родились в асфиксии.

Выводы

1. Среди пациенток с экстренным кесаревом сечением преобладают первородные ($\chi^2 = 3,6$, $p = 0,05$) первородящие женщины ($\chi^2 = 5,1$, $p = 0,02$).

2. Показаниями к плановой операции чаще были оперированная матка, крупный плод в сочетании с нормальным или анатомически узким тазом у первородящих, тазовое предлежание плода. Показаниями к экстренной операции кесарева сечения чаще были преждевременное излитие околоплодных вод при незрелых родовых путях, оперированная матка, субкомпенсация хронической внутриматочной гипоксии плода в 1 периоде родов.

3. Длительность операции до извлечения плода ($Z = 2,82$, $p = 0,0048$), продолжительность операции ($Z = 2,59$, $p = 0,0096$) при экстренном кесаревом сечении статистически меньше, чем при плановой операции.

4. Пациенткам с экстренным оперативным родоразрешением значимо чаще проводилась профилактика кровотечения путем введения 2 утеротоников (окситоцин+метилэргометрин), $\chi^2 = 9,7$, $p = 0,02$.

ЛИТЕРАТУРА

1. Савельева, Г. М. Кесарево сечение и его роль в современном акушерстве / Г. М. Савельева // Акуш. и гин. — 2008. — № 3. — С. 10–15.
2. Акушерство / Савельева Г. М. [и др.]. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — С. 516–530 с.