

и Б соответственно. В группе А также наблюдалось по 1 случаю кефалогематомы ($3,1 \pm 3,1$ %), эритемы кожи ($3,1 \pm 3,1$ %) и аномалии желчевыводящих путей ($3,1 \pm 3,1$ %).

Выводы

Ph-метрия влагалищного отделяемого — объективный метод, дающий возможность диагностировать инфекционную патологию. Нормальное значение кислотности половых путей позволяет предположить врачу не только наличие нормального биоценоза ($\chi^2 = 2,44$, $p < 0,02$), но и ожидать более благоприятного исхода беременности. Динамическое измерение pH влагалища может быть использовано для ранней диагностики инфекционного процесса, т. к. данный метод является простым и не требует больших затрат.

ЛИТЕРАТУРА

1. Взаимосвязь микрофлоры у беременных женщин в третьем триместре беременности с нормо-, мезо- и дисбиозом влагалища / Е. А. Юрасова [и др.] // Материалы XVI Всероссийского научного форума «Мать и дитя», 22–25 сентября 2015 года, Москва. — М.: МЕДИ Экспо, 2015. — С. 261–262.
2. Микробиоценоз влагалища у беременных перед родами / М. К. Меджидова [и др.] // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2012. — № 2. — С. 34–42.

УДК 618.63:612.664

РОЛЬ ЖЕЛЕЗ МОНТГОМЕРИ В ЛАКТАЦИИ

Федюкова Л. Ю., Прядихина И. А.

Научный руководитель: к.м.н, доцент И. А. Корбут

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Молочные железы женщины претерпевают значительные метаморфозы в процессе лактации [1, 2]. Происходит увеличение желез на ареоле соска, так называемых желез Монтгомери. Они чутко реагируют на гормональные перестройки организма, являясь рудиментарными молочными железами, и выделяют секрет, обладающий бактерицидной функцией и защищающий сосок от пересыхания. Замечено, что чем больше этих желез имеет женщина, тем более хорошие ее лактационные способности [3].

Цель

Выявить зависимость между количеством желез Монтгомери у женщин в предлактационный период и качеством их лактации.

Материал и методы исследования

На базе родильного отделения Гомельской областной клинической больницы было произведено проспективное обследование 33 женщин их детей. Мы подсчитывали количество желез у пациенток, проходящих предродовую подготовку в отделении патологии беременности, а затем проводили исследование в послеродовом периоде и через 6 мес. после родов. Они были разделены на 2 группы: А — женщины со средним количеством желез Монтгомери $< 8,5$ и Б — $\geq 8,5$ желез. В течение 8 мес. женщины и их дети находились под наблюдением. Статистическая обработка произведена с помощью прикладных программ «Microsoft Office»: качественных — Me (25; 75 перцентилей), количественных — n , $p \pm sp$ %.

Результаты исследования и их обсуждение

В группе А на грудном вскармливании 1–3 мес. находилось $41,7 \pm 10,7$ % новорожденных, 3–6 мес. — $29,2 \pm 10,2$ %, 6–12 мес. — $29,1 \pm 10,2$ %. В группе Б: 1–3 мес. — $22,2 \pm 14,7$ %, 3–6 мес. — $33,3 \pm 16,7$ % и 6–12 мес. — $44,4 \pm 17,6$ % детей. За время кормления лактостаз был диагностирован у $12,5 \pm 6,3$ % женщин из группы А и $11,1 \pm 11,1$ % женщин группы Б.

За первые 3-е суток в группе А новорожденные потеряли 142 г, в группе Б — 170 г. На 7-е сутки этот показатель в группе А составил 60 г, в группе Б — 26 г. За этот срок новорожденные из обеих групп находились на естественном кормлении.

В таблице 1 представлена динамика изменения массы тела у детей обеих групп.

Таблица 1 — Прирост массы тела у обследованных детей (Ме; 25; 75)

	А группа	Б группа
1 месяц	1000 (875; 1200)	1200 (1000; 1300)
3 месяца	2900 (2400; 3100)	3100 (3000; 3400)
6 месяцев	5100 (4500; 6100)	5200 (5000; 5800)

Причины прекращения грудного вскармливания в А группе: пропало молоко — $50 \pm 10,2$ %, болезнь — $8,3 \pm 5,6$ %, нежелание кормить — $4,2 \pm 4,1$ %, привыкание ребенка к бутылочке — $8,3 \pm 5,6$ %, стресс — $4,2 \pm 4,1$ %, на момент опроса продолжало грудное вскармливание $25,7 \pm 8,8$ % женщин. В группе Б: пропало молоко — у $22,2 \pm 14,7$ %, прекратили после болезни кормить $33,3 \pm 16,7$ %, $11,1 \pm 11,1$ % ребенка привыкли к бутылочке и не брали грудь, у $11,1 \pm 11,1$ % мам причиной стало нежелание кормить ребенка, а $22,2 \pm 14,7$ % женщин продолжает грудное вскармливание. Докорм ребенка в группе А мамы начали в среднем в 2,5 мес., во второй группе — в 3,5 мес. За время грудного вскармливания в группе А болело $29,2 \pm 9,3$ % детей, в группе Б этот показатель $11,1 \pm 11,1$ %, что сопоставимо с другими научными исследованиями.

Выводы

В группе, где женщины имели 8,5 желез Монтгомери и более, дети дольше находились на грудном вскармливании, лучше набирали вес и докорм им требовался позже. Дети этой группы также имели меньше эпизодов ОРИ. В группе А самой частой причиной прекращения грудного вскармливания — снижение лактации, в группе Б — болезнь матери.

Грудное молоко представляет собой самую лучшую и полезную пищу для младенцев, что подтверждается результатами нашего исследования. Сохранение грудного вскармливания — задача каждой мамы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Калачова, О. В. Слагаемые успеха на пути продления грудного вскармливания / О. В. Качалова // Вопросы современной педиатрии. — 2013. — № 3. — С. 97–98.
2. Формирование микробиоценоза кишечника у детей, находящихся на естественном и искусственном вскармливании / И. Н. Захарова [и др.] // Вопросы современной педиатрии. — 2010. — № 2. — С. 106.
3. Дисгормональные заболевания молочной железы. Рак молочной железы: учеб.-метод. пособие для студентов 4–6 курсов всех факультетов медицинских вузов / В. В. Берещенко, Б. О. Кабешев. — Гомель: ГомГМУ, 2013. — С. 4–6.

УДК 616.13-002-004.6-005.6-089.87

РЕЗУЛЬТАТЫ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ ПРИ СТЕНОЗИРУЮЩЕМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Фещенко А. В., Горовая А. С.

Научные руководители: Л. А. Лемешков, к.м.н., доцент Н. Н. Усова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Проблема цереброваскулярных заболеваний имеет большое медико-социальное значение, актуальность которого возрастает с каждым годом. Первичная заболеваемость инсультом в разных странах мира колеблется от 2,6 до 7,43 случаев на 1000 жителей и составляет до 15 млн случаев в год. Из них ежегодно умирают 5 млн человек (чел.) [1]. Треть всех пациентов, перенесших инсульт, являются лицами трудоспособного возраста, а доля лиц молодого возраста равна 11–15 % и достигает 6,7–17,1 случая на 100 тыс. населения в год [1]. Около 30 % инфарктов мозга (ИМ) обусловлены патологией брахиоцефальных ар-