

19 (38 %), внутриутробная инфекция недифференцированная — 20 (40 %). Была выставлена группа здоровья: 2 а в 1 (1,7 %) случае, 2 б — 46 (82,1 %), 3 а — 7 (12,5 %), 3 б — 2 (3,5 %).

Проведено сравнение структуры патологии раннего неонатального периода у детей пациенток, получивших полный (1 группа, 9 пациенток) и неполный (2 группа, 6 пациенток) курсы. В 1 группе внутриутробная пневмония встречалась у 4 (23,5 %) новорожденных, во 2 группе — у 6 (35,2 %); внутриутробная недифференцированная инфекция с преимущественным поражением легких и кишечника наблюдалась у 3 (17,6 %) новорожденных 1 группы и 2 (11,7 %) во 2 группе; анемия недоношенных была выявлена в 1 группе у 7 детей (41,1 %), во 2 группе у 5 (29,4 %); неонатальная желтуха встречалась, как в 1, так и во 2 группе у 1 новорожденного (5,8 %); энцефалопатия новорожденных токсико-гипоксическая отмечалась у 9 (52,9 %) новорожденных 1 группы и 7 (41,1 %) во 2 группе; синдром угнетения ЦНС — 10 (58,8 %) детей 1 группы и 7 (41,1 %) во 2 группе.

#### **Выводы**

1. В структуре патологии раннего неонатального периода у недоношенных детей преобладали токсико-гипоксическая энцефалопатия новорожденного и синдром угнетения ЦНС у 47 (94 %), анемия — 27 (54 %), малые аномалии развития сердца (дополнительная хорда левого желудочка, открытое овальное окно) — 23 (46 %) врожденная пневмония — 22 (44 %), поражение кишечника — 12 (24 %), неонатальная желтуха — 11 (22 %).

2. Статистически значимо чаще у новорожденных с неполным курсом дексаметазонопрофилактики отмечалась пневмония в раннем неонатальном периоде ( $\chi^2 = 3,9$ ,  $p = 0,04$ ).

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Преждевременные роды. Информационный бюллетень ВОЗ № 363. — Ноябрь, 2012.
2. Современные подходы к прогнозированию преждевременных родов / О. В. Макаров [и др.] // Рос. вестн. акуш.-гин. — 2007. — № 6. — С. 10–15.
3. Барсуков, А. Н. Итоги работы организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь матерям и детям, в 2011 году и задачи на 2012 год / А. Н. Барсуков // Охрана материнства и детства: IX съезд акушеров-гинекологов Республики Беларусь. — 2012. — № 1(19). — С. 11–16.

**УДК 618.3+616.98]:618.36**

### **МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ХЛАМИДИОЗ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

*Кравцова Ю. Н., Козловская Т. В.*

**Научный руководитель: ассистент Т. В. Козловская**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Урогенитальный хламидиоз — одно из наиболее распространенных заболеваний, передаваемых половым путем, является причиной бесплодия, невынашивания беременности, поражения плода и новорожденного. По данным проф. А. М. Савичевой и проф. М. А. Башмаковой, хламидийная инфекция гениталий у матери в 40–70 % случаев передается плоду. Хламидийная инфекция может протекать как в острой (активной) форме, так и в персистентной или латентной форме. Преобладание малосимптомных клинических форм затрудняет своевременную диагностику данного заболевания, а развитие серьезных осложнений со стороны репродуктивной системы (хронические воспалительные процессы, предраковые состояния, бесплодие, патология беременности, инфицирование плода) позволяет рассматривать хламидийную инфекцию не только как медицинскую, но и социально-экономическую проблему.

#### **Цель**

Изучить частоту встречаемости и структурно-морфологические особенности в строении плаценты у женщин с диагностированным и пролеченным хламидиозом во время беременности.

### **Материал и методы исследования**

Материалом для исследования послужили гистологические микропрепараты, а также данные гистологических заключений о морфологическом состоянии плаценты у женщин, перенесших хламидиоз во время беременности. Первую группу составили 49 случаев с наличием в медицинской документации указаний на перенесенный женщиной генитальный хламидиоз во время беременности. Вторую, контрольную группу, составили 20 плацент обследованных здоровых женщин 38–40 нед. гестации (по данным медицинской документации).

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Средний возраст пациенток составил  $29,2 \pm 2,2$  лет в контрольной группе и  $26,3 \pm 1,6$  в исследуемой.

Данные морфологического исследования последов в изучаемых группах, интерпретировались нами согласно классификации В. А. Цинзерлинга и В. Ф. Мельникова (2010 г.) и были выделены в 4 группы:

1. Нормальная гистоструктура, то есть плацента «зрелого» типа, либо соответствие структуры ворсин сроку гестации, отсутствие патологических изменений в оболочках и пуповине. Данному критерию соответствовали 80 % плацент здоровых женщин и лишь 2,5 % (1 случай) плацента из исследуемой группы.

Таблица 1 — Воспалительные изменения

Признак	Исследуемая группа, %	Контрольная группа, %
Лейкоцитарная инфильтрация в амниотических оболочках	22,44	5
Обширные поля фибриноида в амниотических оболочках	40,8	0
Отек стромы в хориальной пластинке	36	5
Лейкоцитарная инфильтрация в хориальной пластинке	34,68	0
Пролиферации эндотелия сосудов с сужением их просвета	14,28	0
Лейкоцитарная инфильтрация в стволовых ворсинах	10,2	0
Увеличение количества соединительно-тканых элементов в стволовых ворсинах	61,2	5
Выраженное отложение фибриноида в межворсинчатых пространствах	81,6	5
Эндоваскулит	2,04	0
Лейкоцитарная инфильтрация стенок сосудов пупочного канатика	0	0
Фуникулит	2,04	0

Таблица 2 — Компенсаторно-приспособительные изменения

Признак	Исследуемая группа, %	Контрольная группа, %
Нарушения созревания ворсин	75,48	0
Увеличение числа терминальных ворсин	14,28	5
Выраженная васкуляризация ворсин	51	5
Истончение синцитиотрофобласта	18,36	5
Образование синцитиальных почек	83,64	5
Образование синцитиокапиллярных мембран	4,08	0
Нормальный просвет сосудов	2,04	60

Таблица 3 — Инволютивно-дистрофические изменения

Признак	Исследуемая группа, %	Контрольная группа, %
Уменьшение межворсинчатых пространств	18,36	0
Очаги фибриноидного некроза	14,28	0
Гиалиноз, склероз стромы терминальных ворсин	75,48	5
Инфаркты	2,04	0
Кальциноз	59,16	5

## **Выводы**

Полученные данные свидетельствуют о необходимости проведения тщательной прегравидарной подготовки, особенно у пациенток с хроническими воспалительными заболеваниями мочевыделительной системы; а также тщательного наблюдения за формированием и функционированием фетоплацентарного комплекса и проведения адекватных лечебных мероприятий для снижения степени неблагоприятного влияния данного заболевания на течение беременности и ее исход.

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Шехтман, М. М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М. М. Шехтман. — М.: Триада, 2011. — С. 514–516.
2. Федорова, М. В. Плацента и ее роль при беременности / М. В. Федорова, Е. П. Калашникова. — М.: Медицина, 2012. — С. 119–127.
3. Ермоченко, В. А. Морфологические изменения в плаценте и пути инфицирования плода при хламидийной инфекции / В. А. Ермоченко // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. — 2012. — № 4 (22). — С. 35–42.

**УДК 618.4 «654»**

## **ГЕНЕЗИС ЕВРОПЕЙСКОЙ МЕТОДИКИ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ В НОВОЕ ВРЕМЯ**

**Ю. Н. Кравцова**

**Научный руководитель: преподаватель И. И. Орлова**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

В период Нового времени большой вклад в развитие акушерства и гинекологии внесли Ф. Морисо, П. З. Кондоиди, Н. М. Амбодик-Максимович, Г. Фрезе, И. Конради, В. М. Рихтер, А. А. Китер, В. Ф. Снегирев, А. Я. Крассовский.

В XX в. с развитием основных медицинских наук: анатомии, физиологии, гистологии и др. — гинекология получила дальнейшее развитие, систематизировав подлежащие ее ведению болезни. Эмпиризм, дававший основу для терапии, заменился наблюдениями и точно поставленными опытами под контролем статистики. Появились и врачи, посвятившие себя гинекологии, даже одному какому-либо ее разделу [1].

### **Цель**

Изучить развитие акушерства и гинекологии в эпоху Нового времени.

### **Материал и методы исследования**

Теоретический анализ, обобщение, интерпретация литературных источников по проблеме исследования.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Становление акушерства как самостоятельной клинической дисциплины началось во Франции на рубеже XVII–XVIII вв. В значительной степени этому способствовала организация акушерских клиник. Первая из них была открыта в Париже в госпитале Hotel-Dieu. Здесь сформировалась первая школа французских акушеров, видным представителем которой был Франсуа Морисо, автор капитального руководства о болезнях беременных, предложивший несколько новых акушерских операций и инструментов. В королевской хирургической академии в Париже, открытой знаменитым Лапейроном в 1737 г., гинекология занимала уже важное место.

XVIII в. явился периодом становления акушерства в Англии, Голландии, Германии, Франции, России и других странах. Так, в 1729 г. в Страсбурге был открыт первый в Европе родильный дом-клиника. В 1751 г. в Геттингене была организована первая университетская акушерская клиника, где обучали студентов.

Мак-Довен, знаменитый акушер, внесший вклад в гинекологию 1-й половины XIX в., именно он в 1809 г. произвел первую овариотомию (операцию по удалению яичников). Кил-