

Акушерство в Англии в XVII в. в целом существенно отставало от французского. Однако англичане сыграли значительную роль в области использования акушерских щипцов. Так, Чемберлен в 1670 г. специально ездил в Париж, чтобы ознакомить Морисо с акушерскими щипцами, но Морисо предложил Чемберлену заведомо неподходящий для наложения щипцов вариант родов у карлицы с абсолютно узким тазом. В результате женщина погибла, а внедрение акушерских щипцов в широкую практику в Европе за исключением Англии и Голландии, было заторможено на несколько десятилетий [5].

Выводы

В период Средневековья медицинская наука развивалась крайне слабо. Религиозное мировоззрение препятствовало развитию акушерства, что приводило, в конечном счете, к высокой смертности в родах. Исправление неправильного положения плода путем поворота — это великое достижение древности — было почти забыто и вообще не использовалось врачами при активизации родовой деятельности. 15–17 в. открыли новую страницу в развитии медицинской науки. Европейскими учеными-врачами был восстановлен ряд методик родовспоможения, использовавшихся в эпоху Античности, а также сделаны важнейшие открытия в области анатомии и акушерства. Залогом успехов современной гинекологии явилась, несомненно, деятельность талантливой плеяды врачей-акушеров эпохи Возрождения и Нового времени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Многоотомное руководство по акушерству и гинекологии: в 6 т. — М.: Медгиз, 1961. — Т. 1. — С. 11–112.
2. Заблудовский, П. Е. Возникновение медицины в человеческом обществе / П. Е. Заблудовский. — М., 1955. — С. 11–14.
3. Сорокина, Т. С. История медицины / Т. С. Сорокина. — М.: Изд-во РУДН, 1992. — Т. 1. — С. 85–110.
4. Савельева, Г. М. Акушерство и гинекология: рук-во для врачей / Г. М. Савельева, Л. Г. Сичинава. — М.: Гэотар медицина, 1998. — 719 с.
5. Бодяжина, В. И. Акушерство: учебник для студентов мед. ун-тов / В. И. Бодяжина, К. Н. Жмакин, А. П. Кирющенко. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1986. — 496 с.

УДК 616.146-007.17

ЦЕРВИКАЛЬНЫЕ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ НЕОПАЗИИ

Кравцова Ю. Н.

Научный руководитель: ассистент Т. В. Козловская

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Цервикальные интраэпителиальные неоплазии (Cervical Intraepithelial Neoplasia, CIN) — это гистологическое упрощение ткани регрессивного характера, связанное с понижением дифференцировки, нарушением строения эпителиального пласта, нарушением стратификации в многослойном плоском эпителии (МПЭ). Основным этиологическим фактором CINМПЭ является вирус папилломы человека, который инициирует и поддерживает патологический процесс. CIN являются этапами цервикального канцерогенеза: CIN1 (легкая дисплазия), CIN2 (умеренная дисплазия), CIN3 (тяжелая дисплазия и преинвазивный рак, т. е. carcinoma in situ, CIS). На каждом этапе возможна персистенция, прогрессия или регрессия патологического процесса. Рак шейки матки — третье наиболее распространенное злокачественное новообразование среди женщин в мире, первое по частоте — среди женщин 15–39 лет и самая частая причина смерти от онкологических заболеваний в развивающихся странах [1, 2, 3].

Цель

Изучить частоту встречаемости и структурно-морфологические особенности и распространенность цервикальных интраэпителиальных неоплазий шейки матки у женщин разных возрастных групп.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось ретроспективно по данным гистологического архива Гомельского областного патологоанатомического бюро. Была проведена морфологическая оценка биоптатов влагалищной части шейки матки 119 пациенток.

Результаты исследования

Средний возраст пациенток составил $27,9 \pm 5,2$ лет. Наиболее чаще CINМПЭ была диагностирована у женщин в возрасте 18–29 лет — 47,9 % (57 случаев), реже у пациенток в возрасте 30–39 лет и 40–49 лет — 35,5 % (42 случая) и 16,8 % (20 случаев) соответственно. Причем CIN 1 МПЭ шейки матки была диагностирована у 37 пациенток (31 %), CIN2МПЭ — у 54 (45,4 %), CIN3МПЭ — 28 (23,6 %). Причем чаще всего CIN 1 МПЭ была выявлена у пациенток в возрасте 18–29 лет — 42 % (24 случая) от всех CIN диагностированных в данной возрастной группе, у пациенток в возрасте 30–39 лет CIN 1 МПЭ составил 23,8 % (10 случаев) и в возрасте 40–49 лет — только 15 % (3 случая). CIN 2МПЭ наиболее чаще встречался у пациенток в возрасте 30–39 лет — 69 %, в возрасте 40–49 лет — 55 % (11 случаев), в возрасте 18–29 лет — 26,4 % (15 случаев). CIN 3 МПЭ практически в равной доле встречался у пациенток в возрасте 18–29 лет и 40–49 лет — 31,6 % (18 случаев) и 30 % (6 случаев) соответственно.

Выводы

1. CIN МПЭ шейки матки чаще встречается у женщин в возрасте 18–29 лет — 47,2 %.
2. У большинства пациенток дисплазия была диагностирована на стадии CIN 2 и CIN 3 — 35,5 и 16,8 % соответственно.
3. CIN 3 чаще встречалась у пациенток в возрасте 18–29 лет 31,6 % (18 случаев) и у пациенток 40–49 лет — 30 % (6 случаев).

ЛИТЕРАТУРА

1. Nucci, M. R. Gynecologic pathology / M. R. Nucci, E. Oliva. — British Library, 2009. — 710 p.
2. Хмельницкий, О. К. Патоморфологическая характеристика гинекологических заболеваний / О. К. Хмельницкий. — СПб: «Сатис», 1994. — 480 с.
3. Короленкова, Л. И. Диагностические ошибки в оценке степени цервикальных неоплазий / Л. И. Короленкова, В. В. Брюзгин, В. Д. Ермилова // Сборник тезисов II научно-практической конференции «Современные научные направления и актуальные клинические вопросы в акушерстве и гинекологии». — М., 2011. — С. 45–46.

УДК 618.291+618.4

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ КРУПНОМ ПЛОДЕ

Кравцова Ю. Н.

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

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

В нашей стране частота родов крупным плодом составляет 9–18 % от общего количества рожденных детей. Крупным считается плод, чья масса составляет 4000 г и более (до 5000 г). Плод с массой более 5000 г называется гигантским и встречается реже. Наиболее точное определение предполагаемой массы плода дает возможность прогнозировать течение родов и проводить профилактику осложнений [1].

Цель

Выявить факторы риска развития макросомии, изучить анамнез, особенности течения беременности, родов, послеродового периода; изучить возможные осложнения с разработкой комплекса мероприятий по их предупреждению, определить оптимальный способ родоразрешения.