

ЛИТЕРАТУРА

1. Analysis of intra-uterine cytokine concentration and matrix-metalloproteinase activity in women with recurrent failed embryo transfer / N. Inagaki [et al.] // Human Reproduction. — 2003. — Vol. 18, № 3. — P. 608–615.
2. Immunohistochemical studies on collagen types in the uterine cervix in pregnant and nonpregnant states / T. Minamoto [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1987. — Vol. 156, № 1. — P. 138–144.
3. Matrix metalloproteinases and their tissue inhibitors in preterm perinatal complications / J. V. Cockle [et al.] // Reproductive Sciences. — 2007. — Vol. 14, № 7. — P. 629–645.
4. Matrix metalloproteinases: Contribution to pathogenesis, diagnosis and treatment of periodontal inflammation / T. Sorsa [et al.] // Annals of Medicine. — 2006. — Vol. 38. — P. 306–321.
5. Sex steroids modulate human aortic smooth muscle cell matrix protein deposition and matrix metalloproteinase expression / A. K. Natoli [et al.] // Hypertension. — 2005. — Vol. 11. — P. 1129–1134.

УДК 614.88+614.881

СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В БЕЛАРУСИ НАЧАЛА XX ВЕКА: ПРОБЛЕМЫ СТАНОВЛЕНИЯ

Каплиев А. А., Каплиева М. П.

Учреждение образования

«Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины»

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Многие важнейшие открытия и сдвиги в истории человечества происходили из-за ужасных трагедий и катастроф. Так и появление службы скорой медицинской помощи (СМП) связано с пожаром Венского оперного театра 1881 г., в результате которого погибло 479 человек. Свидетелем бедствия стал хирург Ярослав Мунди, который сразу начал создание Венского добровольного спасательного общества, которое было преобразовано в СМП. В Беларуси скорая помощь зародилась позднее, но подобно венской, также на общественных началах.

Цель

Изучить историю создания и развития СМП в Беларуси по материалам источников.

Материалы и методы исследования

Нами изучены материалы уставов первых организаций скорой помощи, статистические материалы, архивные данные с помощью историко-генетического, историко-сравнительного и историко-аналитического методов.

Результаты исследования

В Российской империи, в состав которой входила в конце XIX в. и территория Беларуси, основная нагрузка на медицинское обслуживание населения возлагалась на органы самоуправления — земства, созданные в 60-х годах XIX в., причем на медицинскую помощь отводилась более 1/3 средств местных бюджетов. Первая станция СМП появилась на ее территории в 1897 г. в Варшаве, затем в городах Лодзь, Вильно, Рига, Киев, Одесса.

Чуть позднее станции скорой помощи стали открываться в Харькове, Петербурге и Москве. Однако, на территории Беларуси земства были введены только в 1911 г., соответственно и служба СМП введена позднее. Вопрос о создании службы СМП в г. Минске впервые поднимался врачебным инспектором Минской губернии С. Урванцевым в 1909 г. 7 октября 1910 г. был утвержден устав «О ночных дежурствах врачей». Обслуживание больных было платным, стоимость одного вызова составляла до 1 рубля. На каждой станции были конные кареты, носилки, лекарственные средства и перевязочный материал. Поначалу экипажи скорой помощи использовали в основном конную тягу, поэтому за ними и закрепилось название «карета» [1]. Важно отметить, что уже в начале работы сложился состав бригады, который остается неизменным и сегодня:

врач, фельдшер, санитар. Право вызова скорой помощи имели только официальные лица. Несчастные случаи обслуживались бесплатно. За 1911 г. службой ночных дежурств врачей было выполнено 650 вызовов [1].

20 мая 1911 г. Общество сестер милосердия г. Минска закупило в Австрии первый автомобиль скорой помощи, а уже 24 мая 1911 г. он сделал свой первый выезд.

Работники новоорганизованной службы объединялись в собственные организации. Так в 1912 г. было создано Виленское общество СМП, имеющее целью «доставлять бесплатно скорую медицинскую помощь в несчастных случаях, могущих произойти на улицах города Вильни, во всех публичных местах, на фабриках, заводах, железных дорогах» [2]. По результатам анализа работы общества нужно выделить следующие направления его деятельности:

1. Создание в разных местах города оснащенных медицинским оборудованием станций, на которых планировалось организовать дневные и ночные дежурства медработников. Таким образом, круглосуточность стала особенностью работы скорой помощи сразу после ее основания [2].

2. Обеспечение вышеназванных станций специализированными «фурами» (транспорты) с носилками и другим оборудованием [2].

Общество существовало на членские взносы и пожертвования, правление состояло из 12 человек, руководство осуществлялось председателем, секретарем, казначеем, инспектором станций и заведующими станциями [2]. Также в обществе скорой помощи было провозглашено абсолютное равенство обоих полов в управлении делами структуры, что подчеркивает ее демократичность и профессиональную ориентированность.

Процесс развития скорой помощи в Беларуси был прерван Первой мировой войной и немецкой оккупацией белорусских земель (1915–1918 гг.). Поэтому появление станций СМП в остальных регионах Беларуси произошло позднее, уже после установления советской власти [3].

В Витебске служба скорой помощи была основана 7 ноября 1922 г. по проекту доктора Лившица об организации скорой помощи. Таким образом, к 5-летию Октябрьской революции, при больнице им. Калинина был открыт пункт скорой помощи. В 1925–1926 г. уже работало 5 врачей, 3 телефониста, 3 кучера и 1 санитар [3].

В Гомельской области служба СМП появилась 22 декабря 1924 года. В уездных городах губернии для оказания первой помощи, в часы когда закрыты амбулатории, имелся пункт ночного дежурства врачей в г. Клинцах и Новозыбкове, как более промышленных городах [3].

В Могилеве станция СМП была основана в 1926 г. Экстренная помощь оказывалась при несчастных случаях пунктом СМП в городской поликлинике № 1, где дежурил один фельдшер. Служба СМП имела в своем распоряжении конную карету и телефонную связь.

Охрана здоровья населения в Западной Беларуси, которая после подписания Рижского мира 1921 г. находилась в составе Польши, находилась в зачаточном состоянии. В 1930 г. в восточных воеводствах, где проживали белорусы, на 10 тысяч жителей приходилось 2 врача и 8,8 больничных койки, в самой же Польше эти показатели были значительно выше. При этом медпомощь населению была не по карману большинству населения Западной Беларуси. Организация службы СМП на территории Гродненской и Брестской области начала проводиться уже после окончания Великой Отечественной войны.

Выводы

Процесс развития СМП, начавшийся в первое десятилетие XX в. в Беларуси был напрямую связан с введением земств, которые появлялись очень медленно. Поэтому инициатива исходила от самих медработников, которые самостоятельно создавали общества СМП. Этот процесс был прерван Первой мировой войной и немецкой оккупа-

цией белорусских земель (1915–1918 гг.). Поэтому появление станций СМП в остальных регионах Беларуси произошло позднее, уже после установления советской власти. В Западной Беларуси, бывшей частью Второй Речи Посполитой, развитие службы СМП фактически не происходило, вплоть до включения этих территорий в состав БССР.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ханьков, В. Я. Очерки истории медицинской полиции в России / Я. В. Ханьков. — СПб., 1851. — 114 с.
2. Устав общества скорой медицинской помощи в гор. Вильно. — Вильно: Znich, 1912. — 19 с.
3. Тищенко, Е. М. История здравоохранения Беларуси в XX веке / Е. М. Тищенко. — Гродно, 2001. — 154 с.

УДК 616.33-002-009.81-07

ВОЗМОЖНОСТИ ВНУТРИПИЩЕВОДНОГО рН-МОНИТОРИНГА В ДИАГНОСТИКЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Капралов Н. В., Шоломицкая И. А.

Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь

Интерес к гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) определяется, в первую очередь, ее высокой распространенностью, ростом заболеваемости, развитием осложнений и наличием симптомов, значительно ухудшающих качество жизни больных.

По результатам 15 эпидемиологических исследований, использовавших опросник и количественный критерий клиники Мэйо, показано, что распространенность ГЭРБ в странах Европейского континента и Северной Америки составляет 10–20 %, в странах Азии — 5 %, в Турции — 20 %, в странах Южной Америки — 10 % [3, 4]. Это позволило провозгласить на 6-й Европейской гастроэнтерологической неделе (Бирмингем, 1997) лозунг «XX век — век язвенной болезни, XXI век — век гастроэзофагеальной рефлюксной болезни».

ГЭРБ присущи характерные симптомы и(или) воспалительные поражения дистальной части пищевода вследствие повторяющихся ретроградных забросов желудочного и(или) дуоденального содержимого.

На современном этапе развития гастроэнтерологии широко применяется клинико-эндоскопическая классификация ГЭРБ, принятая в Лос-Анджелесе (2002 г.), в рамках которой выделяют:

- незрозивную форму ГЭРБ, которая встречается примерно в 60 % случаев, к ней относят ГЭРБ без признаков эзофагита и катаральный рефлюкс эзофагит;
- эрозивную форму ГЭРБ (34–37 % случаев), включающую язву и стриктуру пищевода;
- пищевод Барретта (8–20 % случаев) — метаплазия многослойного плоского эпителия дистального отдела пищевода в цилиндрический эпителий кишечного типа [1, 2].

Основными клиническими проявлениями ГЭРБ являются эзофагеальные (изжога, отрыжка, срыгивание, икота, рвота, ощущение кома за грудиной) и внеэзофагеальные (легочный, отоларингологический, стоматологический, анемический и кардиальный) синдромы [1].

Ведущими методами диагностики ГЭРБ являются эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), проведение суточного мониторирования внутрипищеводного рН или импеданс-рН-метрии.

Эндоскопическая диагностика, как правило, необходима при первичном обращении пациента и при обострении ГЭРБ. Она является основным методом в оценке состояния слизистой оболочки пищевода (гиперемия, эрозии, язвы, опухоль), выявлении недостаточности нижнего пищеводного сфинктера, ахалазии кардии, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, позволяет выполнить биопсию слизистой оболочки пищевода с последующей морфологической диагностикой. Однако ЭГДС не дает возможности диагно-