

степени сложности, включая обработку, выполнение задания и его проверку, нагрузке на слуховой анализатор и голосовой аппарат — напряженность трудового процесса водителей-операторов являлась допустимой. В ходе трудового процесса работники могут решать сложные задачи по известным алгоритмам (3.1 класс «вредный»), с восприятием сигналов (информации) (3.1 класс «вредный»), что сопровождается сенсорными нагрузками, включающие длительную сосредоточенность наблюдения за объектом (3.1 класс «вредный») и ответственностью за собственную жизнь и за безопасность других лиц (3.2 классу «вредный»). В целом по исследованным показателям напряженность трудового процесса изучаемой профессии можно оценить в пределах от «допустимый» до «вредный 1 степени».

### **Выводы**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о наличии превышений гигиенических нормативов по общей и локальной вибрации и неблагоприятных условий труда по тяжести и напряженности трудового процесса на рабочих местах водителей-операторов автокранов, автовышек, мобильных подъемных платформ, автопогрузчиков.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Артамонова, В. Г. Профессиональные болезни / В. Г. Артамонова, Н. А. Мухин. — 4-е изд. перераб. и доп. — М.: Медицина, 2004. — 480 с.
2. Измеров, Н. Ф. Физические факторы производственной и природной среды. Гигиеническая оценка и контроль : учеб. пособие / Н. Ф. Измеров; под ред. Н. Ф. Измерова, Г. А. Суворова. — М.: Медицина, 2003. — 560 с.
3. Зязюля, О. Г. Особенности оценки тяжести и напряженности труда в гигиенических исследованиях: сб. науч. тр. / О. Г. Зязюля // Респ. Научн.-практ. Центр гигиены. — Минск, 2005. — Вып. 5: Здоровье и окружающая среда. — С. 434–438.
4. Измеров, Н. Ф. Гигиена труда: учебник / Н. Ф. Измеров; под ред. Н. Ф. Измерова, В. Ф. Кириллова. — М.: ГЭО-ТАР-Медиа, 2008. — 592 с.

**УДК 618.39:616.24-084**

## **ПРОФИЛАКТИКА РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА ПЛОДА ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ**

*Кравцова Ю. Н.*

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

**Учреждение образования**

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

### **Введение**

Проблема преждевременных родов продолжает оставаться актуальной, являясь главной причиной перинатальной и младенческой заболеваемости и смертности [1]. В развитых странах преждевременные роды встречаются с частотой 7–12 %, причем одна треть из них происходит до 34-й недели беременности [2]. В 25–38 % случаев преждевременным родам предшествует преждевременный разрыв плодных оболочек. Уровень преждевременных родов Республике Беларусь сохраняется в пределах 4–4,1 % без тенденции к снижению, что приводит к высокой заболеваемости недоношенных. Данная проблема имеет экономическое значение, так как на её решение во всем мире ежегодно тратятся огромные денежные средства, особенно на медикаменты и оборудование [3].

### **Цель**

Выявить факторы риска развития преждевременных родов и возможность управления ими для проведения профилактики дексаметазоном, оценить структуру патологии раннего неонатального периода у недоношенных новорожденных.

### **Материал и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ 91 историй родов и 103 историй новорожденных, родоразрешенных на сроках гестации 27–34 недели в родильном и наблюдательном отделениях УО «Гомельская городская клиническая больница № 3» за 2015–2016 гг. Были изу-

чены частота асфиксии и структура патологии раннего неонатального периода, проведен сравнительный анализ данных показателей в зависимости от проведенного курса дексаметазонопрофилактики. Пациентки были разделены на 2 группы: 60 беременных, которым дексаметазон не назначался (1 группа) и 31 пациентка, которой данный препарат был назначен до родоразрешения (2 группа). Во второй группе были выделены две подгруппы пациенток: 2а — получившие полный курс дексаметазонопрофилактики и 2б — получившие неполный курс дексаметазона.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью статистически прикладных программ «Microsoft Office Excel 2007», «Statistica» 10.0 с использованием непараметрических статистических критериев. Для количественных данных вычислялась средняя величина и ее ошибка, для качественных признаков — доля (Р, %), 5 и 95 квартили, рассчитанные с помощью формулы Клоппера-Пирсона. Различия между группами рассчитывались с помощью критерия  $\chi^2$  с поправкой Йейтса и Бонферонни для множественных сравнений и считались статистически значимыми при уровне  $p < 0,05$ .

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

Средний возраст пациенток составил 29 (16,4) лет. У 31 (34 %) пациентки данная беременность была первой. Акушерско-гинекологический анамнез был отягощен у 88 (96,7 %, 91,99) пациенток. Самопроизвольные выкидыши и медицинские аборт в анамнезе отмечались у 19 (21,6 %, 14,32), неразвивающаяся беременность у 8 пациенток (9,1 %, 4,17), у 3 пациенток (3,4 %, 1,9) в анамнезе имели место преждевременные роды. ИЦН (истмико-цервикальная недостаточность) была диагностирована во время беременности в 17 случаях (19,3 %, 12,29). У 18 пациенток (20,4 %, 13,3) была выявлена патология миометрия (оперированная матка у 11 человек (12,5 %, 6,21), миома матки — 7 случаев (7,9 %, 3,16)). Патология шейки матки (эктопия призматического эпителия, дисплазия легкой степени) отмечалась в анамнезе у 16 (18,2 %, 11,28) пациенток, неспецифические вагиниты, вагинальный кандидоз — 8 (9,1 %, 4,17), антенатальная гибель плода — 1 (1,1 %, 1,6). Соматическая патология в анамнезе выявлена у 85 (93,4 %, 86,98) пациенток. В структуре соматической патологии преобладали анемия легкой степени — 32 (37,6 %, 27,49), миопия легкой и средней степени без изменений на глазном дне — 27 (31,7 %, 22,43), заболевания щитовидной железы — 16 (18,8 %, 11,29), заболевания почек — 11 (12,9 %, 6,22), заболевания сердечно-сосудистой системы — 12 случаев (14,1 %, 8,23), резус-отрицательная принадлежность крови — 11 (12,9 %, 6,22), эпилепсия — 2 (2,3 %, 1,8), аппендэктомия — 2 (2,3 %, 1,8). Сроки гестации к моменту родоразрешения у пациенток 1 и 2 групп были сопоставимы и составили  $229,1 \pm 10,6$  дней и  $226,5 \pm 9,7$  дней соответственно. На сроке 27–30 недель беременности были родоразрешены 8 пациенток 1 группы (13,3 %, 6,24) и 6 пациенток 2 группы (19,4 %, 7,37), на сроке 30–32 недели — 8 беременных 1 группы (13,3 %, 6,24) и 10 пациенток 2 группы (32,2 %, 17,51),  $p = 0,03$ , на сроке 32–34 недели беременности роды произошли у 44 женщин 1 группы (73,3 %, 60,83) и 15 женщин 2 группы (48,4 %, 30,67),  $p = 0,018$ .

Все 60 пациенток 1 группы были родоразрешены по экстренным или срочным показаниям. Показаниями к экстренному родоразрешению 30 пациенток 1 группы были неотложные состояния со стороны матери и (или) плода: преэклампсия (ПЭ) тяжелой степени наблюдалась у 7 беременных (11,7 %, 5,23), критическое состояние плода по данным КТГ и (или) доплерометрии — у 13 пациенток (21,6 %, 12,34), СЗРП (синдром задержки роста плода) 3 степени у 3 беременных (5 %, 1,14),  $p = 0,03$ , центральное предлежание плаценты с кровотечением и ПОНРП (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты) — у 7 пациенток (11,7 %, 5,23). В связи с ПРПО (преждевременный разрыв плодных оболочек) и последующим началом родовой деятельности в срочном порядке были родоразрешены 26 беременных (43,4 %, 31,57),  $p = 0,02$ , у 2 (3,3 %, 1,12) пациенток ПРПО сочеталось с поперечным положением плода, у 2 пациенток наблюдались стремительные роды (3,3 %, 1,12). Беременные 2 группы поступали в стационар без показаний к экстренному родоразрешению. Показаниями к родоразрешению были: ухудшение течения ПЭ на фоне лечения наблюдалась у 9 беременных (29 %, 14,48), критическое состояние плода по дан-

ным КТГ и (или) доплерометрии — у 7 пациенток (22,6 %, 9,41), СЗРП 3 степени у 2 беременных (6,4 %, 1,21), центральное предлежание плаценты с кровотечением и ПОНРП — у 2 пациенток (6,4 %, 1,21), низкая плацентация у 1 (3,2 %, 1,21) беременной. В связи с ПРПО и оперированной маткой были родоразрешены 3 беременных (9,6 %, 2,26), в сочетании ПРПО с активной фазой родовой деятельности — 2 беременные (6,4 %, 1,12), у 2 (6,4 %, 1,21) пациенток ПРПО сочеталось с оперированной маткой и тазовым предлежанием плода, у 3 пациенток (9,6 %, 2,26) — ПРПО с длительным безводным промежутком (более 12 часов).

#### **Выводы**

Факторами риска преждевременных родов и досрочного родоразрешения в течение данной беременности были клинические формы плацентарной недостаточности, угроза прерывания беременности, ИЦН, оперированная матка. Наиболее частой причиной преждевременных родов был ПРПО с безводным промежутком различной продолжительности и спонтанным началом родовой деятельности на фоне проводимого лечения,  $p = 0,02$ . У новорожденных с неполным курсом дексаметазонопрофилактики чаще наблюдалась асфиксия на 1 и 5 минутах ( $p = 0,02$ ) и пневмония в раннем неонатальном периоде ( $p = 0,04$ ). Дети данной группы чаще требовали проведения заместительной терапии препаратами сурфактанта ( $p = 0,02$ ).

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Клинические рекомендации (протокол лечения) «Преждевременные роды», утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации от 17.12.2013. — М., 2013. — 35 с.
2. Акушерство. Национальное руководство. Гриф УМО по медицинскому образованию / Э. К. Айламазян [и др.]. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
3. Преждевременные роды. Информационный бюллетень ВОЗ № 363. — Ноябрь, 2012 г.

**УДК 618.4[20]**

## **ГЕНЕЗИС ЕВРОПЕЙСКОЙ МЕТОДИКИ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ В XX ВЕКЕ**

*Кравцова Ю. Н.*

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

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

В акушерстве и гинекологии в начале XX в. главенствующее положение заняли хирургические методы. Классические акушерские вмешательства (щипцы, поворот плода, эмбриотомия) в ряде случаев были заменены кесаревым сечением и тазорасширяющими операциями [1].

#### **Цель**

Изучить процесс развития и модернизации акушерства и гинекологии в XX в.

#### **Материал и методы исследования**

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

#### **Основная часть**

XX в. принес в медицину множество новаторских операций. Гинекология и акушерство исключением не стали. Так, появились новые методы хирургического лечения поражений женских половых органов: Э. Вертгейм (1864–1920, Австрия) предложил радикальный метод операции при раке шейки матки, Т. Уоткинс (1863–1925, США) разработал методику операции при выпадении матки.

Крупный вклад в развитие хирургического направления в акушерстве и гинекологии внесли отечественные ученые. Д. О. Отт (1855–1929) изобрел особые инструменты и осветительные приборы для влагалищных операций. В. С. Груздев (1866–1938) разработал вопрос о первичном и метастатическом раке женских половых органов. А. П. Губарев (1855–1931) одним из первых в мире предложил радикальную операцию при раке матки, разра-