

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-

лиан, профессор из Бонна, создал руководство по оперативному акушерству и гинекологии. В 1818 г. Рекамье изобрел рукавное цилиндрическое зеркало, широко используемое и в наше время. В то же время французский хирург Жак Лисфранк доказал возможность полной ампутации шейки матки. В 1847 г. в Эдинбурге шотландским гинекологом, сэром Джеймсом Янг Симпсоном, был впервые в мире использован хлороформ во время приема родов [2].

С именем П. З. Кондоиди (1710–1760) связано становление акушерского образования в России. В 50-х годах XVIII в. он был назначен на должность архиатра — старшего врача Медицинской канцелярии, учрежденной в соответствии с реформами Петра I вместо аптекарского приказа в 1723 г. В 1757 г. в Москве и Петербурге были созданы школы, которые готовили образованных повивальных бабок, или акушерок. Преподавали в них первоначально иностранцы — один доктор и один лекарь-акушер. В первые годы обучение было только теоретическим. Затем, после открытия первых в России родильных отделений на 20 коек при Московском (1764) и Петербургском (1771) воспитательных домах, стал преподаваться и практический курс.

С момента открытия в первой половине XVIII века Российской Академии наук и университета можно говорить о создании в России системы учреждений, способствующих развитию медицинского образования и науки. Нестора Максимовича Амбодика-Максимовича (1744–1812), «медицины доктора и повивального искусства профессора», справедливо называют отцом русского акушерства. В 1770 г. после окончания Петербургской госпитальной школы он был направлен по особой стипендии на медицинский факультет Страсбургского университета, где в 1775 г. защитил докторскую диссертацию. Вернувшись в Россию, Н. М. Амбодик-Максимович организовал преподавание на высоком для своего времени уровне: приобрел акушерский инструментарий, лекции сопровождал демонстрациями на фантоме и у кровати рожениц. Фантом женского таза с деревянным ребенком, а также прямые и изогнутые стальные щипцы-клещи с деревянными рукоятками, серебряный катетер и прочие инструменты были изготовлены по его собственным моделям и рисункам. По его инициативе в 1797 г. был создан Петербургский Повивальный институт при «Императорской родильне», ставший с первых же дней основания центром акушерского образования во всей России. Он первым ввел курс акушерства на русском языке. Труд Амбодика «Искусство повивания, или наука о бабичьем деле» с атласом рисунков на долгие годы стал главным научным пособием для всех отечественных врачей и акушеров.

В России акушерские щипцы начали применяться с 1765 г., когда первый профессор медицинского факультета Московского университета И. Ф. Эразмус, преподававший акушерство на кафедре анатомии и хирургии, стал использовать их в родах.

Среди многочисленных модификаций акушерских щипцов, созданных в России, наиболее известны щипцы харьковского профессора И. П. Лазаревича (1829–1902). Они отличались незначительной тазовой кривизной и отсутствием перекреста ложек. Со временем в различных странах мира было создано множество моделей акушерских щипцов. Некоторые из них были хороши только в руках их создателей, другие получили всемирную известность, но одно несомненно: их изобретение значительно снизило число плодоразрушающих операций и смертность в родах [3].

С 1798 г. после учреждения в Петербурге и Москве медико-хирургических академий преподавание акушерства стало вестись на самостоятельных кафедрах. Первым профессором акушерства в Московской медико-хирургической академии был Г. Фрезе. Первым профессором акушерства в Петербургской медико-хирургической академии стал И. Конради.

В 1790 г. кафедру повивального искусства в Московском университете возглавил Вильгельм Михайлович Рихтер (1783–1822). После окончания медицинского факультета в Москве он получил степень доктора медицины в Эрлангенском университете. Возвратившись в Alma Mater, В. М. Рихтер открыл при Московском университете Повивальный институт на 3 койки (в 1820 г. их число увеличилось до 6). Так на практике осуществлялась идея клинического преподавания акушерства в России [4].

Выводы

Таким образом, в период Нового времени было сделано множество важнейших открытий в области акушерства и гинекологии. Введение эфирного (1846) и хлороформного

(1847) наркоза, начало профилактики родильной горячки (1847), а также развитие учения об антисептике и асептике открыли широкие возможности для акушерской и гинекологической практики. Все это вместе с достижениями в области морфологии и физиологии женского организма способствовало успешному развитию гинекологии и выделению ее в середине XIX в. в самостоятельную медицинскую дисциплину.

ЛИТЕРАТУРА

1. Многотомное 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.

УДК 616.007.17:616.24-007.63:616.25-003.219

ОСНОВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ВРОЖДЕННОЙ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ПЦИЕНТОВ С БУЛЛЕЗНОЙ ЭМФИЗЕМОЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ

Кравченко Е. А., Гуринович В. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Ю. Ю. Панкратова*

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Актуальность темы обусловлена широкой распространенностью, рецидивирующим течением спонтанного пневмоторакса (СП), возможным возникновением легочных и вне-легочных осложнений. Предполагаемой причиной СП является буллезная эмфизема легких [1]. Существует много причин развития буллезной эмфиземы, среди которых — дефицит альфа-1 антитрипсина, курение, и возможно, врожденная недифференцированная дисплазия соединительной ткани (ВНДСТ) [1, 2, 3].

Цель

Оценить выраженность проявлений синдрома ВНДСТ у пациентов с буллезной эмфиземой, осложненной СП.

Материал и методы исследования

В 2014–2015 гг. в отделении торакальной хирургии 10-й ГКБ города Минска пролечился 71 пациент по поводу эпизода СП. Среди пациентов преобладали мужчины (80 %). Средний возраст пациентов составил 38 ± 18 лет. Методом случайной выборки мы отобрали 40 человек в возрасте до 30 лет и обследовали их на наличие проявлений ВНДСТ. Средний возраст пациентов в выборке составил 24 ± 4 года. Мужчин было 77,5 %. СП и вероятные причины его возникновения устанавливались при помощи рентгенологических методов диагностики: обзорной рентгенографии органов грудной клетки и компьютерной томографии органов грудной клетки (КТ ОГК). Изучали те проявления ВНДСТ, которые могли обнаружить без инструментальных методов исследования: изменения со стороны кожи, опорно-двигательного аппарата, глаз. Использовались опрос и клиническое исследование пациентов. Наличие ВНДСТ определяли на основании внешних диагностических критериев, предложенных Г. И. Нечаевой и И. А. Викторовой [2]. Для определения степени тяжести ВНДСТ использовали критерии Т. Милковска-Димитровой и А. Каркашева в модификации Р. Р. Шиляева и С. Н. Шальной. Главные критерии: плоскостопие, расширение вен, гипермобильность суставов, нарушение зрения, деформация позвоночника и грудной клетки, увеличение растяжимости кожи. Второстепенные критерии: аномалии зубов, вывихи и подвывихи суставов, птеригодактилия. Легкая степень ВНДСТ определялась при наличии двух