

2. Степень гипополипидемического эффекта как при моно-, так и при двухкомпонентной терапии не имела прямой зависимости с выраженностью плейотропных эффектов розувастатина 10 мг/сут у больных ИБС, стабильной стенокардией напряжения I–II ФК в сочетании с первичной изолированной или сочетанной ГЛП.

3. При монотерапии розувастатином 10 мг/сут носительство генотипа +279AA по полиморфизму CETP Taq1B ассоциируется с повышением уровня ХС ЛВП на 27 % в сравнении с генотипами +279GG/GA (16,7 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации (IV пересмотр). // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2009. — Т. 8, № 6 (Прилож. 3). — 58 с.

2. *Ивлева, А. Я.* Фармакоэкономическое обоснование для применения липидснижающих средств / А. Я. Ивлева // Кардиология. — 1998. — № 4. — С. 48.

3. Изучение транспортеров лекарственных средств как новая возможность персонализации фармакотерапии / В. Кукес [и др.] // Врач. — 2007. — № 5. — С. 2–6.

4. Клинико-фармакологические аспекты полиморфизма генов-транспортеров органических анионов / В. Г. Кукес [и др.] // Молекулярная медицина. — 2006. — № 1. — С. 31–35.

5. *Кукес, В. Г.* Изучение биотрансформации лекарственных средств — путь к повышению эффективности и безопасности фармакотерапии / В. Г. Кукес, Д. Сычев, Е. Ших // Врач. — 2007. — № 1.

УДК 618.2-055.22:618.146

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШЕЙКИ МАТКИ У ПЕРВОБЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Каплан Ю. Д.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Т. Н. Захаренкова*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Несмотря на современные достижения в акушерстве, одной из актуальных проблем продолжает оставаться невынашивание беременности. В структуре невынашивания не последнюю роль занимает истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН), с которой связывают высокий процент перинатальной заболеваемости и смертности [1]. Прерывание беременности при ИЦН происходит практически безболезненно и зачастую неожиданно для самой женщины. Особенно тяжело, когда теряется первая беременность. Частота ИЦН по данным разных авторов, составляет от 14,3 % при первичном невынашивании до 42,7 % у женщин, страдающих привычным невынашиванием беременности [1, 2].

Состоятельность шейки матки напрямую зависит от особенностей ее анатомической структуры и функциональных изменений, происходящих в этом органе во время беременности. Диагностика несостоятельности шейки матки уже на протяжении множества лет является предметом оживленной дискуссии среди клиницистов, а существующее множество вариантов коррекции данной патологии, зачастую ставят врача перед тяжелым выбором, так как протоколизированных алгоритмов ведения таких пациентов не существует [1, 3].

Цель

Проанализировать факторы риска несостоятельности шейки матки у первобеременных женщин.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ индивидуальных карт беременных и родильниц, состоящих на учете по беременности в женской консультации филиала № 8 ГУЗ ГЦГП. В исследовании приняли участие 83 женщины, которые были разделены на две группы. В группу I (основную) вошли 43 первобеременные женщины, с несостоятельностью шейки матки во время беременности, потребовавшей коррекции пессарием и гормональной терапией. Во II группу (сравнения) вошли 40 первобеременных женщин без ИЦН. Данные обрабатывались с помощью программы «Statistica» 8.0. Анализ результатов проведен с помощью метода χ^2 для оценки значимости различий частот наблюдений. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

При исследовании данных нами не выявлено статистически значимых различий в группах по следующим факторам: возраст, семейное положение, возраст наступления менархе, характер и болезненность менструаций, начала половой жизни.

В основной группе позднее менархе наблюдалось у 10 (23,3 %) женщин, причем у 10 (23,3 %) цикл был нерегулярным (таблица 1). В группе сравнения у 4 (10 %) пациенток менархе после 15 лет и у 6 (15 %) цикл был нерегулярным. У пациенток основной группы в 16,3 % случаев настоящей беременности предшествовало бесплодие длительностью от 1,5 до 7 лет, но женщины забеременели самостоятельно, что было значимо чаще, чем в группе сравнения, где только у 1 (2,5 %) пациентки отмечено бесплодие ($p = 0,036$).

Таблица 1 — Анализ возможных гинекологических факторов риска несостоятельности шейки матки

Признак	Группа I (основная) n = 43		Группа II (сравнения) n = 40		P
	абс.	отн. %	абс.	отн. %	
Эктопия призматического эпителия	9	20,9	4	10	0,143
Конизация шейки матки	3	6,9	0	0	0,134
Бесплодие в анамнезе	7	16,3	1	2,5	*0,036
Нерегулярный характер менструаций	10	23,3	6	15	0,251
Наступление менархе после 15 лет	10	23,3	4	10	0,093

* Различия между группами статистически значимые.

На сегодняшний день доказана роль недифференцированной дисплазии соединительной ткани (нДСТ) в развитии несостоятельности шейки матки. Нами проанализирован индекс Варге (ИВ), позволяющий оценить степень тяжести нДСТ. У женщин основной группы ИВ составил $1,92 \pm 0,31$, в группе сравнения — $2,04 \pm 0,42$ ($p = 0,245$). Статистически значимой разницы обнаружено не было, однако у женщин с преждевременными родами наблюдалась тенденция к снижению данного показателя ИВ составил $1,86 \pm 0,27$, однако статистически значимых различий не выявлено ($p = 0,147$), что требует дальнейшего изучения данного параметра.

Анализ течения беременности и родов представлен в таблице 2.

Таблица 2 — Течение беременности и родов в зависимости от состоятельности шейки матки

Признак	Группа I (основная) n = 43		Группа II (сравнения) n = 40		P
	абс.	отн. %	абс.	отн. %	
Угроза прерывания беременности	36	83,7	20	50	0,011*
Прием препаратов прогестерона во время беременности	13	30,2	3	7,5	0,006*
Вагинит	40	93,1	15	37,3	< 0,0001*
Хроническая плацентарная недостаточность	7	16,2	3	7,5	0,188
Преждевременные роды	9	20,9	0	0	0,002*
Кесарево сечение	13	30,2	9	22,5	0,242
Индукцированные роды	9	20,9	4	10	0,143
Разрывы ш/матки	5	11,6	1	4	0,118

* Различия между группами статистически значимые.

Диагностика ИЦН проведена в 100 % случаев мануальным способом (одним врачом). УЗИ подтверждение диагноза проведено только у 14 (32,6 %) женщин, при этом длина шейки матки менее 25 мм выявлена в 2 случаях, а роды у этих женщин наблюдались в срок. У женщин группы сравнения УЗИ шейки матки проведено у 5 случаях (12,5 %), при этом длина шейки матки была более 34 мм. Статистической разницы по результатам ультразвуковой диагностики выявлено не было.

Выводы

Факторами риска развития несостоятельности шейки матки у первобеременных являются: наличие бесплодия в анамнезе ($p = 0,036$), угроза прерывания беременности ($p = 0,011$), особенно требующая приема препаратов прогестерона ($p = 0,006$), вагинит ($p < 0,0001$). Наличие данных факторов значимо увеличивает частоту досрочного развития родовой деятельности ($p = 0,002$). Отсутствие достоверности однократного УЗИ шейки матки не позволяет своевременно диагностировать ИЦН, что диктует необходимость разработки алгоритма динамического наблюдения первобеременных женщин с целью прогнозирования несостоятельности шейки матки и профилактики преждевременных родов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лукьянова, Е. А. Истмико-цервикальная недостаточность: взгляд на проблему / Е. А. Лукьянова // Охрана материнства и детства: Рецензируемый науч.-практич. мед. журнал. — 2010. — № 1 (15). — С. 73–77.
2. A blue print for the prevention of preterm birth: vaginal progesterone in women with a short cervix / R. Romero [et al.] // J. Perinat. Med. — 2013. Vol. 41. — P. 27–44.
3. Lotgering, F. K. Clinical aspects of cervical insufficiency / F. K. Lotgering // BMC Pregnancy Childbirth. — 2007. — Vol. 7. — P.17.

УДК 61(091):614.88

ИСТОКИ ИДЕИ ОРГАНИЗАЦИИ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Каплиев А. А.

Научный руководитель: к.и.н., доцент В. В. Данилович

**Государственное научное учреждение
«Институт истории Национальной академии наук Беларуси»
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

Служба скорой медицинской помощи (СМП) является важнейшей составляющей медицинского обеспечения населения и имеет сложившиеся традиции и длительную историю. Вместе с тем, обстоятельства и причины ее появления являются одним из наиболее неисследованных вопросов в истории медицины, поэтому изучение темы представляет несомненный научный интерес как для историков, так и для медработников.

Цель

Изучить истоки идеи организации службы СМП.

Материал и методы исследования

Анализ периодических изданий и публикаций с использованием методов исторического исследования.

Результаты исследования и их обсуждение

Идея организации СМП начала зарождаться параллельно с общим процессом развития медицины. Еще в во времена античности появились странноприимные дома, где оказывалась помощь путникам, пострадавшим в дороге. На востоке такие приюты назывались ксенодикьями, на западе — госпиталями [3]. Следует отметить, что такие организации нельзя назвать СМП в традиционном понимании этого слова, т. к. в них отсутствовал важнейший атрибут службы — доставка врача на место к пациенту [1, с. 3]. В 660 г. в Париже под патронажем парижского епископа был создан HotelDieu — первый госпиталь, организованный в традициях ксенодикий. На рубеже XI–XII ст. формируется орден госпитальеров, целью которого было оказание помощи паломникам, направлявшимся в Святую Землю [1, с. 3]. В XV в. в Голландии организуется общество спасения на водах, имевшее черты СМП [3]. В России в XV–XVI вв. существовали так называемые «Богадельни», куда свозили пострадавших, больных, немощных, обмороженных для «призрения» и подачи первой помощи. Дальнейшее развитие этих идей в России XVII в. связано с именем боярина Ф. Ртищева, который построил на свои средства несколько домов для приема пострадавших и организовал из своих дворовых людей команду рассыльных, которая свозила больных в лечебницу [1, с. 3–4].