

Заключение

Описанный клинический случай представляет интерес для практических врачей с целью настороженности по данной нозологии. Пациентки с оперативным родоразрешением в анамнезе относятся к группе риска по развитию эндометриоза, а каждый случай экстрагенитального эндометриоза требует тщательного обследования и подготовки, а также подбора адекватного лечения для профилактики рецидивов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гинекология: учебник / Б. И. Баисовап [и др.]; под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — С. 191–208.
2. Дуда, В. И. Гинекология: учеб. / В. И. Дуда. — Минск: Адукацыя і выхаванне, 2012. — С. 507–517.
3. Bulun, S. Endometriosis / S. Bulun // New England Journal of Medicine. — 2009. — Vol. 360. — P. 268–279.
4. Update on the treatment of endometriosis / S. Kim [et al.] // Clinical Experimental Reproductive Medicine. — 2013. — Vol. 40. — P. 55–59.

УДК 618.33 (520)

ОСОБЕННОСТИ АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ В ЯПОНИИ

Корбут И. А., Накамура Т., Икеда Т.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь
«Детская больница префектуры Нагано»
г. Нагано, Япония**

Введение

Япония — одна из самых высокоразвитых стран мира, занимающая 2–3 место по объему валового внутреннего продукта на душу населения. Численность населения около 130 млн человек, которые проживают на 4 крупных островах и нескольких мелких. Относительно небольшая площадь территории сопряжена с наличием труднодоступных районов — горные, островные. Вышеперечисленное обуславливает необходимость оптимизации оказания медицинской помощи.

Цель

Проанализировать организацию системы акушерской помощи в Японии.

Материалы и методы исследования

В течение 3 месяцев находясь на стажировке в больнице префектуры Нагано, посещая клинические лекции и участвуя в работе акушерского отделения и отделения интенсивной терапии для детей, а также участвуя в экстренных выездах по санитарной авиации, осуществлялось знакомство с системой оказания медицинской помощи в Японии.

Результаты исследования и их обсуждение

Амбулаторно-поликлиническая помощь женскому населению оказывается в системе государственных и частных клиник, иногда представляющих собой только кабинет в жилом доме. Тем не менее, они оснащены необходимым минимумом оборудования, включая аппарат УЗИ и кольпоскоп, что позволяет осуществить достаточный объем диагностических и лечебных процедур. Система стационарной акушерской помощи представлена более чем 3 тыс. больниц, которые структурированы в несколько уровней — от первого, районного, до третьего — на уровне главной больницы префектуры. При этом, пациентка повышенного перинатального риска может быть направлена в клинику третьего уровня, но окончательное решение может принять семья и выбрать для родоразрешения ближайший стационар. Роддома первого уровня в своем штате могут не иметь неонатологов, в этом случае из главной больницы префектуры будет направлена бригада неонатологов для оказания помощи ребенку.

За 2013 г. в Японии было 42 случая материнской смертности. Причины следующие: 28 % обусловлены кровотечениями, 10 % — ТЭЛА, 13 % — эмболией околоплодными водами, 9 % — кровоизлияниями в мозг, 13 % — заболеваниями сердца. В случае материнской смертности, общество акушеров-гинекологов сообщает в правительство дан-

ной префектуры, которое направляет комиссию для расследования каждого случая в ту больницу, где произошла трагедия.

В Республике Беларусь в 2013 г. не было отмечено случаев материнской смертности (С. Ю. Нагибович, 2014). При этом всего за период 2000–2013 гг. в Республике Беларусь умерло 114 женщин. В структуре причин материнской смертности за этот период в Беларуси преобладает экстрагенитальная патология (41 %), затем — кровотечения (14 %), аборт и эмболия околоплодными водами (по 12 %), эктопическая беременность и гестоз (по 6 %) и септические осложнения (2 %). В нашей стране также каждый случай материнской смертности анализируется на всех этапах оказания медицинской помощи с последующим анализом в Министерстве здравоохранения.

В структуре заболеваний сердца у японок, приведших к летальным исходам, наибольшая доля принадлежит синдрому Марфана, что приводило к разрыву миокарда. При этом прогностически неблагоприятной является дилатация грудного отдела аорты > 25 мм, в то время как для представительниц европейской расы критичной является расширение > 40 мм. Разрыв миокарда у женщин с синдромом Марфана может протекать с атипичной клинической картиной, в частности, одна пациентка погибла на 2-е сутки после родов и ее единственной жалобой была боль в спине.

В Республике Беларусь к заболеваниям сердца, обладающим наибольшим риском для женщин в период гестации, относят «синие» пороки развития сердца, первичную легочную гипертензию и дилатационную кардиомиопатию. Выделяют коэффициент значимости экстрагенитальной патологии для матери — материнскую смертность при данной патологии, что показывает процент вероятности абсолютного неблагоприятного исхода беременности для матери. Этот показатель для дилатационной кардиомиопатии и синдрома Марфана у белорусских женщин был 35 и 5,1 соответственно (С. Ю. Нагибович, 2014).

Показательным является случай смерти роженицы в Японии во время операции экстренного кесарева сечения из-за массивного кровотечения, когда операцию выполнял один врач. По результатам проверки данной ситуации была законодательно закреплена необходимость минимум двух дежурных акушеров-гинекологов в стационаре. В Республике Беларусь, в результате выполнения приказа об организации разноуровневой системы оказания перинатальной помощи, пациентки из группы повышенного перинатального риска родоразрешаются в медицинских учреждениях III уровня. При необходимости выполнения операции кесарева сечения. На дежурстве в стационаре находится 2 врача.

Заключение

Таким образом, организация акушерской помощи в Японии имеет сходство с таковой в Беларуси, однако имеются культурологические особенности. Среди факторов риска материнской смертности как в Японии, так и в Республике Беларусь, важная роль принадлежит экстрагенитальной патологии, в частности, заболеваниям сердечно-сосудистой системы.

УДК 616.981.49-036.22(476)«2014.04»

ВЫЯВЛЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ГЕТЕРОГЕННОСТИ САЛЬМОНЕЛЛ, ВЫДЕЛЕННЫХ ВО ВРЕМЯ ВСПЫШЕК В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ ЗА АПРЕЛЬ 2014 ГОДА

Костенко М. К., Богданович К. В., Слизень В. В., Циркунова Ж. Ф.

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

Введение

Сальмонеллезы — одна из самых распространенных острых кишечных инфекций, имеет повсеместное распространение и является актуальной инфекцией для большинства