

намеренное произведение на свет сирот. Это может быть разрешено, только если мужчина проходит курс лечения, которое может привести к разрушению его спермы [1].

Суррогатное материнство остро обсуждается в современном иудаизме. Ряд авторитетов считают, что в результате подобной практики одни женщины могут захотеть иметь детей без «неудобств» беременности, другие могут сделать беременность доходным бизнесом [3]. Однако, существуют случаи, когда суррогатное материнство разрешается. При этом юридически «матерью» считается та женщина, которая выносила ребенка, а не та, от которой была взята яйцеклетка. Соответственно, национальность ребенка определяется национальностью суррогатной матери [1].

Усыновление. Здесь зачастую преобладает следующее мнение: бездетной паре лучше помочь с помощью искусственного рождения, чем воспитанием чужого ребенка [3].

Итак, перейдем к христианству. В христианстве понимание брака и назначения женщины изменилось существенным образом по сравнению с иудаизмом. Во-первых, в христианстве возникает равнозначная альтернатива браку — безбрачие ради служения Богу. Во-вторых, положение женщины существенно изменяется, она становится активным членом Церкви. В-третьих, христианский брак основывается на строгой моногамии, акцент в нем ставится именно на союзе мужчины и женщины, стремящихся, по словам святителя Иоанна Златоуста, к вечному единению супругов друг с другом во Христе [2].

Исходя из всего вышперечисленного, бесплодие в христианской традиции позором не считается. Однако, наличие детей остается одной из основных задач брака. И потому, Православие допускает современные средства борьбы с бесплодием, но лишь те, которые не связаны с убийством (разрушением эмбриона) и нарушением целостности брака. **Искусственное оплодотворение** возможно при условии, что донором спермы является муж, и в процессе процедуры не уничтожаются оплодотворенные яйцеклетки. Здесь есть существенное отличие от иудаизма, в котором оплодотворенная яйцеклетка еще не считается человеком и ее уничтожение допустимо [2].

Суррогатное материнство однозначно негативно оценивается в Православии, даже в тех случаях, когда осуществляется на некоммерческой основе. Т. к. эта методика предполагает разрушение глубокой эмоциональной и духовной близости между матерью и младенцем. «Суррогатное материнство» травмирует как вынашивающую женщину, так и дитя, которое впоследствии может испытывать кризис самосознания [2]». **Усыновление** поощряется в христианстве.

В целом, можно сказать, что основными отличиями между иудейской и христианской православной традициями в вопросе отношения к бесплодию является:

- ✓ различный подход к назначению женщины и брака;
- ✓ различный подход к началу человеческой жизни;
- ✓ более лояльное отношение к суррогатному материнству в иудаизме.

Помимо этого, наблюдается некоторое различие религиозных лидеров в целом к поведению супругов при бесплодии. Если раввины часто поощряют супругов продолжать поиски медицинских средств, даже если сами супруги склоняются к тому, чтобы отказаться от таких попыток [3], то православные священники советуют смириться со своим положением и только при убеждении, что наличие детей необходимо данной конкретной паре, искать пути решения проблемы бесплодия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ефимова, О. Иудаизм и этические проблемы медицины / О. Ефимова // [Электронный ресурс] — Режим доступа: <http://www.machanaim.org/tor&life/medetica/efimova.htm>. — Дата доступа: 20.02.2010
2. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.wco.ru/biblio/books/konsep1/Main.htm>. — Дата доступа: 25.02.2010.
3. Форта, А. Иудаизм: знакомство с религиями мира / А. Форта // [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://istok.ru/old/jews-n-world/Forta/Forta_52.shtml. — Дата доступа: 27.02.2010.

УДК 618.291-07

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ И ИСТИННОЙ МАССЫ ПЛОДА И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧАСТОТЫ ОШИБКИ

В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМУЛ

Новикова М. И., Богданова Ю. В.

Научный руководитель: к.м.н. О. А. Теслова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Вычисление предполагаемой массы плода (ПМП) является важным аспектом в выборе метода родоразрешения. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о том, что неонатальная смертность и заболеваемость, интранатальный травматизм зависит от массы новорожденных. Наиболее ценным методом, который дает информацию о ПМП, является ультразвуковая компьютерная фетометрия. Но в акушерских ситуациях временной фактор является определяющим прогнозом. Поэтому, предпочтительнее использовать формулы для расчета ПМП, так как они доступны, дешевы, просты и быстры в применении в повседневной работе.

Цель

Провести сравнительную оценку предполагаемой массы плода; определить частоту ошибки при определении предполагаемой массы плода.

Материалы и методы

На базе Гомельской городской клинической больницы № 2 произведено ретроспективное исследование историй родов (638 историй) пациенток, родоразрешенных в 2009 г. Критериями включения в исследования были первые роды, физиологический срок родов, одноплодная беременность, головное предлежание плода, родоразрешение через естественные родовые пути, прибавка веса за беременность 10–15 кг. Критерии исключения — повторные роды, преждевременные и запоздалые роды, неправильные положения и предлежания плода, наличие экстрагенитальной эндокринно-обменной патологии (ожирение, сахарный диабет), осложненное течение беременности (маловодие, многоводие, многоплодие, задержка развития плода, внутриутробное инфицирование плода). Таким образом, в исследование было включено 100 пациенток. Предполагаемая масса плода (ПМП) рассчитывалась по формулам:

1. Жордания: $ПМП = ОЖ \times ВДМ$;

2. Ланковица: $ПМП = (ОЖ + ВДМ + Р + М) \times 10$;

3. Джонсона: $ПМП = (ВДМ - 11) \times 155$;

4. Стройковой: $ПМП = ((М/К) + (ОЖ \times ВДМ)) \times 2$;

5. Якубовой: $ПМП = (ОЖ + ВДМ) / 4 \times 100$.

Примечания: ОЖ — окружность живота в см; ВДМ — высота стояния дна матки в см; М — масса в кг; Р — рост в см. Данные обрабатывались с помощью пакета программ «Statistica» 6.0.

Результаты исследования

Средняя истинного веса новорожденных составила 3364 ± 328 г. Средняя предполагаемая масса плода по Жордания составила 3381 ± 328 г, по Ланковицу — 3680 ± 142 г, по Джонсону — 3704 ± 391 г, по Якубовой — 3288 ± 143 г, по Стройковой — 3442 ± 223 г. При сравнении расчетных значений ПМП с истинным весом установлены статистически значимые различия для формулы Ланковица ($t = 8,84, p = 0,0000001$), Джонсона ($t = 6,65, p = 0,0000001$) и Якубовой ($t = 2,14, p = 0,033$). Истинный вес был сравним с ПМП, полученной при использовании формулы Жардания ($t = 0,39, p = 0,7$) и Стройковой ($t = 1,96, p = 0,052$), что средняя предполагаемая масса тела по Жордания на 0,5 % больше истинной, по Ланковицу — больше на 9,4%, по Джонсону — больше на 10%, по Якубовой — меньше на 2,3 %, по Стройковой — больше на 2,3 %. Таким образом, по формулам Ланковица и Джонсона происходит некоторое завышение ПМП по сравне-

нию с истинной массой, а по формуле Якубовой происходит занижение ПМП.

Наибольшую силу связи с истинным весом новорожденных демонстрировали ПМП, вычисленные по формулам Стройковой ($r = 0,46$, $p \leq 0,00001$) и Жордания ($r = 0,43$, $p \leq 0,00001$), на порядок меньше были взаимосвязаны ПМП по Якубовой ($r = 0,4$, $p \leq 0,0001$) и Джонсону ($r = 0,37$, $p \leq 0,0001$). Самая слабая взаимосвязь наблюдалась между истинным весом и ПМП по Ланковицу ($r = 0,28$, $p = 0,005$). Частоты ошибок при определении предполагаемой массы плода в зависимости от использования различных формул приведены в таблице 1.

Так же было определено время, потраченное на вычисление ПМП по различным формулам. При подсчете по Жордания было потрачено 4 с, по Ланковицу — 11 с, по Джонсону — 7 с, по Якубовой — 6 с, а по Стройковой — 22 с.

Таблица 1 — Частота ошибок при определении предполагаемой массы плода

Ошибка веса	Частота ошибки при использовании формул (p, %):				
	Жордания	Ланковица	Джонсона	Стройковой	Якубовой
± 200 г	47	20	22	83	67
± 201–500 г	44	69	39	17	28
± 501–1000 г	9	11	37	0	5
>1000 г	0	0	5	0	0

Выводы

Самым точным методом определения предполагаемой массы плода является использование формулы Стройковой, так как его результаты не отличаются ($t = 1,96$, $p = 0,052$) и наиболее тесно взаимосвязаны с истинной массой новорожденного ($r = 0,46$, $p \leq 0,00001$), и дает наибольший процент минимальной ошибки до 200 г (83 %). Но использование его в практическом акушерстве ограничено из-за больших затрат времени (22 с) на расчет одной ПМП и сложности формулы. Использование формулы Жордания дает наименьшую девиацию среднего от истинного значения веса новорожденного ($t = 0,39$, $p = 0,7$). Расчет одной ПМП по формуле Жордания занимает наименьшее количество времени (4 с), простая для вычисления. Но вместе с тем возрастает процент ошибки до 200 г (47 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Чернуха, Е. А. Родовой блок: рук-во для врачей / Е. А. Чернуха. — 3-е изд. перераб., испр. и доп. — М.: Триада М, 2001. — 533 с.
2. Воронин, К. В. Акушерское обследование / К. В. Воронин, В. А. Потапов, А. Н. Правосудович. — 2-е изд. — М.: МЕД-пресс-информ, 2002. — 144 с.

УДК 616-002.3:616.94]:611.018.53

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МОДИФИЦИРОВАННЫХ АУТОЛЕЙКОЦИТОВ ПРИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Новикова О. В., Головки Е. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. П. Булавкин

Учреждение образования

«Витебский государственный медицинский университет»

г. Витебск, Республика Беларусь

В настоящее время установлена ведущая роль нарушений иммунной системы в развитии и поддержании гнойно-септических процессов [1]. Поэтому в комплексной терапии этих заболеваний используют иммуотропные препараты. В то же время в связи с гетерогенностью популяций иммунокомпетентных клеток по степени дифференцировки и состоянию активации, такая терапия часто оказывается неэффективной. Дополнительным препятствием эффективного действия иммуномодуляторов могут быть продукты метаболизма, в большом количестве накапливающиеся в организме в состоянии интоксикации. Применение аутологических иммунокомпетентных клеток, прошедших «экстракорпоральное программирование» иммуномодуляторами, позволяет преодолеть эти недостатки [2]. Однако, для широкого внедрения в практическую медицину