

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-

ботал экстраперитонеальный подход к тазовым гнойникам, ввел в практику метод оперирования без предварительной перевязки сосудов. В конце 20-х гг. хирургическое направление в его крайних проявлениях вступило в противоречие с идеями профилактики. Некоторые радикальные вмешательства были заменены щадящими. Н. А. Цовьянов в 1928 г. предложил, получивший широкое распространение, способ ручного пособия при тазовых предлежаниях плода. С незначительными изменениями этот способ был описан в 1936 г. немецким акушером Брахтом и под его именем получил известность за границей. А. А. Иванов в 1932 г. положил начало применению кожно-головных щипцов при слабости родовой деятельности. Усовершенствовались методы лечения и профилактики эклампсии. Разработанный В. В. Строгановым метод выжидательного, консервативного лечения эклампсии (1923) завоевал прочные позиции в СССР, а также среди немецких, скандинавских, американских и других акушеров. Общая стратегия советского здравоохранения нацелила акушерство и гинекологию на профилактическое направления, включая медицинское обслуживание женщины и ребенка, ведение беременности и родов, послеродового периода и периода вскармливания. Одним из наиболее ярких показателей успехов советского акушерства служит резкое снижение смертности женщин в родовспомогательных учреждениях, которое уменьшилась по сравнению с дореволюционным временем более чем в 15 раз [2].

Гордостью советской науки стало создание перинатальной медицины и ее теоретического раздела — перинатологии. Этот термин вошел в специализированную литературу в конце 60-х гг. XX в. Для становления перинатологии исключительное значение имели работы П. К. Анохина и его учеников, обосновавших в 30-е годы учение о функциональных системах и создавших на этой основе теорию системогенеза. Большая роль в оформлении перинатологии как самостоятельной научной дисциплины принадлежит ленинградским ученым Н. Л. Гармашевой, Н. Н. Константиновой, московским ученым Л. С. Персианинову, И. В. Ильину, Г. М. Савельевой, В. А. Таболину, Ю. Е. Вельтишеву, М. А. Студенкину. Чрезвычайное значение для развития перинатологии и перинатальной медицины имело внедрение аппаратных методов исследования состояния плода: электрокардиографии, фонокардиографии, ультразвукового сканирования. В мире и в России (НИИ акушерства и гинекологии имени Д. О. Отта РАМН) проведены первые операции на внутриутробном плоде с целью коррекции пороков его развития [3].

Важнейшим достижением в акушерстве являются определение беременности и ее сроков с помощью ультразвука, амниоцентез, динамическое наблюдение за состоянием фетоплацентарной системы. Одним из крупнейших достижений теоретического и практического акушерства XX века стало создание и внедрение метода экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) с переносом эмбриона в матку. Первая успешная операция ЭКО проведена в Англии Р. Эдвардсом и П. Стептоу. В России первые дети после экстракорпорального оплодотворения родились в Москве (1986) и Санкт-Петербурге (1986) [4].

Значительное расширение знаний в вопросах эмбриологии и генетики, физиологии и патологии репродуктивной функции женщины позволили выделить учение о периодах внутриутробного развития плода и различных повреждающих факторах, роли фетоплацентарной системы в развитии, функциональном становлении плода и новорожденного. Плод признается полноправным пациентом, к которому применимы специальные методы и диагностики, лечения и профилактики [5].

Выводы

Знания, накопленные в XX в., определяют необходимость создания рациональной системы охраны материнства и детства, научную обоснованность ее главных принципов, что является основой снижения материнской детской смертности. Так, в странах с развитой системой медицинской помощи показатель материнской смертности составляет 5–30 на 100 тыс. живорожденных и постоянно снижается, в то время как в развивающихся странах этот показатель достигает 500 и выше. Отсутствие элементарной медицинской помощи и системы родовспоможения приводит к тому, что в некоторых районах мира и сейчас в 50 % случаев роды принимают повитухи или родные. Это является одной из главных причин того,

что в регионах с наивысшей материнской смертностью, т. е. в большинстве стран Африки и Западной, Южной и Восточной Азии, ежегодно погибает около полумиллиона женщин по причинам, связанным с беременностью и родами, причем, по меньшей мере, миллион детей остаются без матерей (ВОЗ, 1982). Как неотъемлемый компонент системы охраны материнства и детства все прочнее внедряются планирование семьи и предупреждение нежелательной беременности.

Дальнейший прогресс акушерства и гинекологии связан с активным применением достижений медицинской генетики, в частности генной инженерии, иммунологии, эндокринологии, биофизики, фармакологии, внедрением эндоскопических, ультразвуковых, радиоиммунных, лазерных и других методов исследования и лечения.

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. Акушерство и гинекология: рук-во для врачей / Г. М. Савельева, Л. Г. Сичинава. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 1998. — 719 с.
5. *Бодяжина, В. И.* Акушерство: учебник для студентов мед. ун-тов / В. И. Бодяжина, К. Н. Жмакин, А. П. Кирющенко. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1986. — 496 с.

УДК 651:614.2

ПОСЛЕДСТВИЯ И ПРОБЛЕМЫ САМОЛЕЧЕНИЯ

Кричко Я. А., Гончарова Ю. В.

Научный руководитель: ассистент *В. В. Концевая*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Вопросы, связанные с самолечением, являются актуальными во многих странах. Стремление граждан брать на себя инициативу в самостоятельном применении лекарственных средств связано как с современными условиями рынка труда, который не терпит длительно и часто болеющих, так и с психологическими особенностями людей, которые предпочитают обращаться к врачу как можно реже из-за бесконечных очередей в поликлиниках.

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), «самолечение — это разумное применение самим пациентом лекарственных средств, находящихся в свободной продаже, в целях профилактики или лечения легких расстройств здоровья до оказания профессиональной врачебной помощи». В документах ВОЗ подчеркивается, что самолечение может быть использовано лишь при ограниченном числе незначительных недугов. Нельзя считать самолечение только проблемой белорусского общества. За рубежом оно тоже широко распространено.

Опасность самолечения, например, антибактериальными препаратами, заключается в неправильной дозировке и продолжительности курса терапии, чрезмерно продолжительный или короткий. Продолжительность лечения, так же имеет большое значение. Люди, лечащиеся самостоятельно, как только ощущают облегчение, отказываются от употребления антибиотиков, зачастую это происходит на 2 или 3 день. Возлагая, все надежды на, что организм уже сам способен побороть инфекцию, но «залеченное» чаще всего переходит в хроническое или вялотекущее воспаление, позволяет инфекции распространиться по всему телу.

Цель

Выявление факторов и изучение причин приводящих к самолечению. Расширить информацию о возможном вреде самолечения.

Материал и методы исследования

Социальный опрос населения города Гомеля, обработка данных, составление статистики.