

Выводы. Инфицированность миндалин детей, страдающих АД, БГСА составила 13,4%. БГСА крайне редко инфицирует поражённую кожу. Инфицированность здоровых и больных АД детей не различалась.

#### **Литература:**

1. A Retrospective Review of Streptococcal Infections in Pediatric Atopic Dermatitis / J. L. Sugarman [et al.] // *Pediatric Dermatology*. – 2011. – Vol. 28. – P. 230-234.
2. Assessment of Streptococcus pyogenes microcolony formation in infected skin by confocal laser scanning microscopy / H. Akiyama [et al.] // *Journal of Dermatological Science*. – 2003. – Vol. 32. – P. 193-199.
3. Increasing incidence of streptococcal impetigo in atopic dermatitis / J. Adachi [et al.] // *Journal of Dermatological Science*. – 1998. – Vol. 17. – P. 45-53.
4. Rajka, G. Delayed dermal and epidermal reactivity in atopic dermatitis (prurigo Besnier). I. Delayed reactivity to bacterial and mold allergens. / G. Rajka // *Acta Derm. Venerol.* – 1967. – Vol. 47. – P. 158-162.
5. Secondary infections with beta-hemolytic streptococci in skin lesions / S. Higaki [et al.] // *Int. J. Tissue React.* – 2003. – Vol. 25. – P. 47-50.
6. Анализ состава выделенной микрофлоры с поверхности миндалин у детей Гродненского региона / П.Г. Бедин [и др.] // *Журнал Гродненского государственного медицинского университета*. – 2013. № 1 (41). – С. 82-84.
7. Микробиологические методы исследования биологического материала : инструкция по применению: утв. М-вом здравоохранения Республики Беларусь 19.03.2010. – Минск, 2010. – 129 с.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТРАДИЦИОННЫХ И СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ПЕРИНАТАЛЬНОГО УХОДА** (Обзор литературы)

**Бекбаулиева Г.Н., Курбанбаева Г.А., Купцова Л.Ю.**

*Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан*

Перспектива снижения акушерских осложнений и материнской смертности состоит в использовании новейших достижений медицинской науки и практики [1]. Однако необходимо помнить, что беременность и роды – генетически детерминированный и эволюционно отточенный физиологический процесс, а не диагноз. В период беременности в организме женщины происходят физиологические компенсаторно-приспособительные процессы, а физиологические изменения, возникающее в родах, компенсируется. Однако к группе практически здоровых можно отнести только до 80% беременных, тогда как около 20% из общего числа беременных имеют различные формы патологии [2]. Течение беременности, осложненное гестозом, ЭГЗ, различными патологиями преморбидного фона, нарушениями маточно-плацентарно-плодового кровообращения и др., могут стать причиной патологического течения родов и перинатальной патологии плода, поэтому дородовый уход включает наблюдение и своевременное обнаружение осложнений, угрожающих жизни женщины и ребенка [3, 4]. С

позиции перинатального акушерства основная цель родов заключается в сохранении здоровья матери и ребенка [5]. Общие принципы ведения родов, имеющие место в акушерской практике, основаны на учете факторов, которые могут влиять на исход родов, включая паритет, наличие ЭГЗ, гестационный срок, массу плода, диагностику начала родов, зрелость шейки матки и др. Однако часто перинатальное акушерство заведомо предопределяет течение родов как патологическое, а практика ведения родов нередко характеризуется не всегда обоснованной агрессивностью и включает компоненты, изначально предназначенные для экстремальных состояний в акушерстве, но сомнительной целесообразности при физиологическом течении родов [1, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11]. Так, амниотомии производятся как при «недостаточно зрелой шейке матки», под «давлением диагноза» (нефропатия, перенашивание, плацентарная недостаточность при массе плода более 3 кг и др.), так и перед «закрытием роддома на мойку», «на своем дежурстве» и т.п.; при этом частыми последствиями амниотомии являются родовозбуждение, родостимуляция, аномалии родовой деятельности, кровотечения, травматизм, оперативное родоразрешение [9, 10].

Сомнительную целесообразность имеет избыток «стерилизующих» мероприятий у практически здоровых беременных (бритье, дезинфектанты), не дающих возможности биотопам матери (лобковому, промежностному, влагалищному) колонизировать организм ребенка и выполнить защитные функции в интра- и постнатальном периодах [9]. Использование эпидуральной анестезии гарантирует отсутствие болевых ощущений в процессе родов, способствует снижению АД, быстрому раскрытию шейки матки [1], но и статистически значимо увеличивает продолжительность второго периода родов, частоту проведения оперативного родоразрешения при помощи акушерских щипцов, травматизм мягких тканей родового канала [3, 6, 7]. Расширение показаний к КС достоверно способствует улучшению перинатальных исходов, но в то же время, приводит к повышению заболеваемости матерей [1, 11]. Еще одним представлением традиционного акушерства, вызывающим недоумение, является длительность родового процесса: если продолжительность родов у перво- и повторнородящих в конце XIX века составляла в среднем 20 и 12 часов, соответственно, то к концу XX века – 13 и 7 часов [9].

Таким образом, существующий на современном этапе развития акушерства целый ряд представлений и подходов, которые можно было бы охарактеризовать как проявления «акушерской агрессии», стали нормой ведения беременности и родов и не всегда с благоприятным исходом [1, 9]. По данным ВОЗ, 50 тыс. случаев только материнской смертности явились следствием врачебных ошибок [9, 10].

До недавнего времени среди педиатров преобладало традиционное, годами сложившееся отношение к новорожденному ребенку как к пациенту, которого обязательно нужно обследовать с момента рождения, туго пеленать, обрабатывать дезинфицирующими средствами, содержать отдельно от

матери, приносить на кормление к матери только после «прилива» молока в груди, докармливать молочными смесями по причине кажущегося отсутствия грудного молока у матери в первые дни жизни ребенка, кормить строго по расписанию [12, 13, 14]. Кроме того, несмотря на соблюдение, казалось бы, строжайших мер асептики и гигиены, в родильных домах нередко были вспышки инфекционных заболеваний новорожденных.

На сегодня доказано, что подобная практика перинатального ухода нарушает физиологическую адаптацию родившегося малыша, формирует у ребенка чувство тревоги и не обеспечивает ему оптимального развития.

Таким образом, большинство широко используемых в акушерстве представлений, методов и тактик ведения, до сих пор считавшихся непреложной истиной, требуют глубокого научного, критического и осмысленного пересмотра как реального резерва снижения показателей перинатальной, младенческой, материнской заболеваемости и смертности.

#### Литература:

1. Серов В.Н. Пути снижения акушерской патологии // Акушерство и гинекология. -2007. -№5. –с.8-12.
2. Хажомия Р.К. Анализ качества жизни и обоснование организационных форм дородовой подготовки женщин в период беременности: Дис. ...канд.мед.наук. –Санкт-Петербург, 2009. –173 с.
3. Каримова Д.Ф. Биохимические основы родов и родовозбуждения // Педиатрия. –Т., 2004. -№1. –с.114-118.
4. Каримова Д.Ф., Сабирова Ш.К. Внутриутробное состояние плода при различных методах подготовки беременной к родам // Ж. Теоретический и клинической медицины. - 2006. -№2. –с.59-61.
5. Савельева Г.М., Курцер М.А., Клименко П.А. и др. Интранатальная охрана плода. Достижения и перспективы // Акушерство и гинекология. -2005. -№3. –с.3-7.
6. Быковская Л.Н., Кузьменко Г.Н., Панова И.А. Индукция сократительной деятельности матки // Сб. науч. трудов. –Саратов, 2000. –с.29-31.
7. Подтетенев А.Д., Братчикова Т.В. Общие принципы ведения родов // Российский медицинский журнал. –М., 2006. -№3. –с.42-46.
8. Вагнер М. Рыбы не могут видеть воду, в которой они живут: Необходимость гуманизации родовспоможения // Материалы конференции «Акушерская агрессия. Причины. Последствия. Пути преодоления». Доклад. –Ноябрь, 2000 г.
9. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия как причина снижения качества родовспоможения // Материалы IV Российского форума «Мать и дитя». –Москва, 2004.
10. Радзинский В.Е., Костин И.Н. Безопасное акушерство // Акушерство и гинекология. - 2007. -№5. –с.12-76.
11. Савельева Г.М. Кесарево сечение и его роль в современном акушерстве // Акушерство и гинекология. -2008. -№3. –с.10-13.
12. Попович М.В. Состояние лактации при различных режимах кормления новорожденных и грудных детей: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. –М., 1999. –27 с.
13. Сухинин М., Казюкова Т.В. Гигиена беременных и кормящих женщин // Педиатрия. – М., 2003. –с.50-51.
14. Корсунский А.А., Абольян Л.В., Кириченко В.Ф. Инициатива ВОЗ / ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» в России. Основные результаты проводимой работы, 1997-2001 гг. –МЗ РФ. –М., 2001.