

снижение концентрации общей углекислоты на 12,7% ($p<0,001$), концентрации гидрокарбоната – на 11,9% ($p<0,001$). Наблюдалось снижение значений реального и стандартного избытков буферных оснований на 27,9% ($p<0,004$) и 50,1% ($p<0,001$), соответственно.

Полученные результаты дают основание заключить, что под действием высокой температуры сауны повышается выделение углекислого газа, обусловленное увеличением частоты и минутного объема дыхания в ответ на перегревание организма [Трубников Г. В. и соавт., 1984]. Развитие первичной гипокапнии, обусловленное снижением напряжения CO_2 в крови, приводит к компенсаторному снижению концентрации гидрокарбоната и сдвигу pH крови в щелочную сторону.

Характер изменений показывает, что процедура сауны у юношей вызывает нарушение кислотно-основного равновесия крови, проявляющееся развитием острого респираторного алкалоза.

ФАКТОРЫ РИСКА ПЕРИНЕАЛЬНОЙ ТРАВМЫ У ПЕРВОРОДЯЩИХ И ПОВТОРНОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН

Жандарова А.К., Шаблина О.В., Черняк А.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – к.м.н., Яговдик И.Н.

Актуальность. Одной из актуальных задач современного акушерства является снижение родового травматизма матери. Травматизация мягких тканей родового канала наблюдается у каждой 3–5-й роженицы. Для предупреждения глубоких разрывов влагалища и промежности каждой 4-й женщине производится эпизиотомия и перинеотомия. Перинеальная травма способствует возникновению несостоятельности тазового дна и пролапса тазовых органов, который значительно снижает качество жизни женщин. Травме родовых путей способствуют неадекватное анатомо-функциональное состояние родовых путей и неправильное ведение родов. Роль факторов риска в данной проблеме изучена недостаточно [1, 2, 3].

Цель исследования: определение факторов риска травмы промежности у первородящих и повторнородящих женщин.

Материалы и методы исследования. Мы провели исследование на базе УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр». Нами было проанализировано 865 историй родов, проведенных с хирургической защитой промежности и 200 историй родов без хирургической защиты промежности (контрольная группа). Было сформировано пять группы женщин: I – первородящие, роды у которых осложнились травмой промежности ($n=680$, 78,62%); II – повторнородящие, роды у которых осложнились травмой промежности ($n=185$, 21,38%); III – женщины, рожавшие впервые без перинеальной травмы ($n=88$, 44%); IV – женщины, рожавшие повторно без перинеальной травмы ($n=112$, 56%); V – контрольная группа ($n=200$).

Результаты исследования и их обсуждение. По результатам нашего исследования можно выделить факторы, увеличивающие риск развития перинеальной травмы у первородящих женщин: возраст старше 28 лет – 13,53% (без травмы – 7,95%, $p<0,05$), гестоз – 18,82%, фетоплацентарная недостаточность – 17,35% (без травмы – 12,51%, $p<0,05$), анемия – 6,03%, преждевременное излитие околоплодных вод – 51,03%, первичная и вторичная слабость родовых сил – 2,65% (без травмы – 0%), длительный безводный период – 2,5% (без травмы – 2,27%, $p<0,05$), применение утеротонических средств в родах – 23,08%, амниотомия – 7,79%.

По нашим данным, выявлены факторы, увеличивающие риск развития перинеальной травмы у повторнородящих женщин: гестоз – 20,54%, анемия – 6,48%, преждевременное излитие околоплодных вод – 41,08%, (без травмы – 5,36%, $p<0,05$), первичная и вторичная слабость родовых сил – 0,54% (без травмы – 0%), длительный безводный период – 2,16% (без травмы – 0%), амниотомия – 5,4%.

Выводы. Выявленные в процессе нашего исследования факторы риска травмы промежности могут быть использованы для своевременного проведения адекватных профилактических мероприятий по снижению материнского травматизма до и во время родов.

Литература:

1. Павлов, О.Г. Медицинские и социальные аспекты материнского травматизма в родах / О.Г.Павлов // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2008. – № 5 – С. 44–46.
2. Радзинский, В.Е. Перинеология / Под ред. В.Е. Радзинского. – Москва: Медицинское информационное агенство, 2006. – 336 с.
3. Кулаков, В.И. Акушерский травматизм мягких тканей родовых путей / В.И. Кулаков, Е.А. Бутова. – М.: МИА, 2003. – 128 с.

БИОЭТИКА КАК ОСНОВА ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

Жарко Т.Н., Жилинская Е.Ч.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей гигиены и экологии

Научный руководитель – ст. преподаватель Губарь Л.М.

Для современного человека уже давно очевидно, что научно-технический прогресс несет с собой не только новые блага, но и угрозу окружающей человека природе, да и самому человеку. Биоэтика возникла в ответ на эту угрозу. Осознание тотальной угрозы биосфере ученые назвали «экологическим поворотом человечества», который далее трансформировался в «биоэтический поворот человечества». Иными словами, обретая экологическое сознание, человечество осознало реальную угрозу существованию всей окружающей живой природе, а вслед за этим, обретая биоэтическое сознание, – угрозу биологической природе самого человека. Особенно взволновали биомедицинские вмешательства в процессы естественного зачатия и умирания человека, чем и объясняется обостренный интерес к биоэтике со стороны всех религий и огромная ее популярность в современном обществе.

Цель исследования: анализ соотношения биоэтики и медицинской этики в современном обществе.

Медицинская этика – это профессиональная этика врача, и зародилась она в древности. Создатель её – великий Гиппократ – сформулировал основные принципы поведения врача в «клятве Гиппократа». В конце XX в. возникло новое, оригинальное направление в этике, связанное с медициной, но имеющее гораздо более широкое мировоззренческое значение (влияющее на представления о жизни и смерти) и меняющее взаимоотношения между врачом и пациентом – биоэтика. Данное направление потребовало создания новых этических принципов, поскольку было связано с крупными открытиями в биологии, ведущими к революции в морали. Основные направления биоэтики: генная инженерия, суррогатное материнство, клонирование, этика аборта, трансплантация органов, изменение пола, искусственное продление жизни, эвтаназия.

Биоэтика, в отличие от медицинской, предполагает участие в решении этических проблем не только врача, но и самого пациента, а также его родственников и комитетов по биоэтике, которые формируются из юристов, философов, экологов. Различаются они и по содержанию своих принципов. В биоэтике смещаются акценты с обязанностей врача на права пациента: пациент имеет право на информацию о своем здоровье и о предполагаемом лечении, он имеет право голоса в выборе лечения. Вместо принципа патернализма, характерного для медицинской этики, применяются принципы информированного согласия и автономии пациента. Совершенно новое звучание приобретает принцип справедливости (например, при необходимости решать проблемы трансплантации органов или эвтаназии). В этих вопросах биоэтика вступает в противоречие с медицинской этикой. В медицине есть принцип, что ради спасения одного человека недопустимо использовать другого человека и принцип «святости жизни».