

Фоллея, что приводит к механическому растяжению шейки матки и провоцирует начало родовой деятельности.

Целью нашей работы явилась оценка течения родов и послеродового периода у женщин, которым в качестве индукции родов проводилось интрацервикальное введение катетера Фоллея.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 39 историй родов, произошедших в акушерско-физиологическом отделении УЗ «ГКБСМП» г. Гродно в 2007 – 2009 гг. Полученные результаты обработаны с помощью методов непараметрической статистики.

Результаты и обсуждение. Возраст обследованных женщин составил 24 (21 – 27) года. У 30 пациенток это были первые роды, у 9 – повторные. Наступление менархе отмечено в 14 (13 – 15) лет, начало половой жизни в 18 (17 – 20) лет. Тяжелой соматической патологии у этих пациенток отмечено не было. У 31 (79,5%) беременной роды были проведены через естественные родовые пути, у 8 (20,5%) выполнена операция кесарева сечения в связи с острой интранатальной гипоксией плода и упорной слабостью родовых сил. В 20 (51%) случаях показанием для индукции родов послужила тенденция к перенашиванию беременности, а в 19 (49%) – доношенная беременность в сочетании с акушерскими осложнениями (плацентарная недостаточность, гестоз). Средние сроки родоразрешения в этих подгруппах составили 287 и 279 дней, соответственно, и эти различия оказались статистически значимыми ($p = 0,003$). Катетер извлекался из цервикального канала через 12 часов после введения. Только в 5 (13%) случаях не было отмечено эффекта от проведенной манипуляции, в остальных же регистрировалась положительная динамика со стороны родовых путей. Установлено, что у 18 пациенток роды произошли в течение суток после введения катетера Фоллея, у остальных – через 2 – 5 дней, причем в 10 случаях для последующей индукции родов потребовалось выполнение амиотомии, а в 2 – введение простагландинов. В 19 наблюдениях в процессе родов проводилась родостимуляция окситоцином, причем при небольшой степени раскрытия шейки матки (3 – 5 см). Большинство родов было обезболено с применением спазмолитических препаратов, в 6 случаях использована периуральная анестезия. Вес новорожденных составил 3580 (3260 – 3790) г, а длина туловища – 53 (51 – 54) см. Все новорожденные были в удовлетворительном состоянии. В послеродовом периоде 15 пациенткам потребовалось назначение антибактериальных препаратов с 5 – 6 суток после родов, что диктовалось данными ультразвуковых и лабораторных исследований. Окситоцин с утеротонической целью назначался в 11 случаях. В 3 (8%) наблюдениях послеродовой период осложнился субинволюцией матки, потребовавшей проведения кюретажа.

Выводы. Использование катетера Фоллея является довольно эффективным способом подготовки шейки матки к родам и индукции родовой деятельности. Раскрытие цервикального канала, достигаемое при введении катетера, дает возможность доступа к нижнему полюсу плодного пузыря и выполнения, при необходимости, амиотомии. Тем не менее, сам факт раскрытия шейки матки не гарантирует благоприятное течение родового акта, поскольку в половине случаев требуется родостимуляция окситоцином, причем с самых ранних стадий периода раскрытия. С другой стороны, вполне вероятно, что интрацервикальное введение катетера может способствовать возникновению инфекционных осложнений у родильниц, что следует учитывать при ведении послеродового периода.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Сурба А.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Польинский А.А.

Варикозная болезнь нижних конечностей – самая распространенная патология периферических сосудов. Этим заболеванием страдает 25–40% женщин и 10–15% мужчин трудоспособного возраста.

Целью нашего исследования является изучение современных методов лечения варикозной болезни нижних конечностей.

На данный момент в мире существует несколько способов лечения данной патологии: 1) компрессионная терапия (ношение специальных эластичных бинтов, чулок, колготок, способствующих физиологичному распределению давления в ногах, которое в этом случае равномерно убывает от голени к бедру); 2) медикаментозная терапия (применение медикаментов, витаминов, улучшающих метаболический процесс в сосудистой стенке); 3) оперативный метод (устранение патологического рефлюкса венозной крови, удаления варикозных вен и восстановления функции "мышечного насоса" голени, в настоящее время в арсенале хирургов имеется ряд операций, позволяющих предотвратить развитие клапанной недостаточности или восстановить функцию клапанных синусов и тем самым предотвратить дальнейшее развитие болезни или уменьшить ее клинические проявления); 4) склеротерапия (введение в расширенные поверхностные вены определенного препарата, который вызывает их облитерацию, он прост, обладает малой травматичностью и дает хорошие лечебные и косметические результаты); 5) эндохирургия (применение видеоэндоскопической техники позволяет проводить высокотехнологичные вмешательства, основанные на разделении зоны кожного разреза и зоны удаления варикозных вен); 6) внутрисосудистая лазерная коагуляция (через небольшой прокол на щиколотке под контролем ультразвукового сканера в варикозную вену вводится тонкий лазерный световод) и т.д.

Лечение в зависимости от степени ХВН.

0 степень: эластическая компрессия (лечебный трикотаж 1–2 класса);

1 степень: эластическая компрессия (лечебный трикотаж 1–2 класса), эпизодические курсы монофармакотерапии, склеротерапию по косметическим показаниям, гидропроцедуры;

2 степень: эластическая компрессия (лечебный трикотаж 2 класса), повторные курсы монофармакотерапии, физиотерапия и санаторно-курортное лечение, лечение малоинвазивными методами, минифлебэктомия;

3 и 4 степени: эластическая компрессия (лечебный трикотаж 2–3 класса), непрерывная комбинированная фармакотерапия, местное лечение, оперативное лечение, физиотерапия;

5–6 степени: операция Бебко, минифлебэктомия, эндохирургия перфорантных вен, пластика незажившей трофической язвы, комплексная медикаментозная терапия, эластическая компрессия конечности, физиотерапевтическое лечение.

МЕСТНОЕ САМОУПРАВЛЕНИЕ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Сутько Н.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гуманитарных наук

Научный руководитель – к.и.н., доцент Короленок Л.Г.

Основы правового положения органов местного управления и самоуправления в Республике Беларусь закреплены в Конституции и в Законе Республики Беларусь от 20 февраля 1991 г. «О местном управлении и самоуправлении в Республике Беларусь».

Местное управление – форма организации и деятельности местных исполнительных и распорядительных органов для решения вопросов местного значения, исходя из общегосударственных интересов и интересов населения, проживающего на соответствующей территории. Местное самоуправление в республике – это также форма организации и деятельности граждан для самостоятельного решения непосредственно или через избираемые ими органы социальных, экономических, политических и культурных вопросов местного значения, исходя из интересов населения и особенностей развития административно-территориальных единиц на основе собственной материально-финансовой базы и привлеченных средств.

Система местного самоуправления включает местные Советы депутатов и органы территориального общественного самоуправления (советы и комитеты микрорайонов, жилищ-