



**ИННОВАЦИОННЫЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ**

# **ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ И ФАРМАКОЛОГИИ**

**Сборник научных трудов по итогам международной  
научно-практической конференции**

**г. Ростов-на-Дону  
2014г**



# **ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ И ФАРМАКОЛОГИИ**

**Сборник научных трудов по итогам международной  
научно-практической конференции**

**г. Ростов-на-Дону  
2014г.**

**Информационные технологии в медицине и фармакологии/Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. Ростов-на-Дону, 2014. 127 с.**

**Редакционная коллегия:**

д.м.н., профессор Анищенко В.В., к.м.н. Апухтин А.Ф., д.м.н., профессор Балязин В.А., д.м.н., профессор Белов В.В., д.м.н., профессор Быков А.В., д.м.н., профессор Грек О.Р., д.м.н. Гумилевский Б.Ю., д.м.н., профессор Даниленко В.И., д.м.н. Долгушина А.И., д.м.н., профессор Захарова Н.Б., д.м.н., доцент Изможерова Н.В., д.м.н., доцент Ильичева О.Е., д.м.н., профессор Карпишенко С.А., д.м.н. Куркатов С.В., д.м.н. Курушина О.В., д.м.н., член-корреспондент РАЕ Лазарева Н.В., д.м.н., доцент Малахова Ж.Л., д.м.н., профессор Нартайлаков М.А., д.м.н., профессор Смоленская О.Г., д.м.н., профессор Тюков Ю.А., д.м.н., профессор Шибанова Н.Ю., д.м.н., профессор Юлдашев В.Л.

В сборнике научных трудов по итогам международной научно-практической конференции «Информационные технологии в медицине и фармакологии» (г. Ростов-на-Дону) представлены научные статьи, тезисы, сообщения студентов, аспирантов, соискателей учёных степеней, научных сотрудников, ординаторов, докторантов, врачей-специалистов практического звена Российской Федерации, а также коллег из стран ближнего и дальнего зарубежья.

Авторы опубликованных материалов несут ответственность за подбор и точность приведенных фактов, цитат, статистических данных, не подлежащих открытой публикации. Мнение редакционной коллегии может не совпадать с мнением авторов. Материалы размещены в сборнике в авторской правке.

## Оглавление

<b>СЕКЦИЯ №1.</b>	
<b>АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.01).....</b>	<b>8</b>
ВЛИЯНИЕ ЙОДНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НА КАЧЕСТВО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ	
Сандакова Е.А., Капустина Е.Ю.....	8
<b>ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ</b>	
Тотчиев Г.Ф., Барабашева С.С., Бучнева Н.В.....	13
<b>ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА</b>	
Щербина Н.А., Макаренко М.В., Кузьмина И.Ю.....	16
<b>ПОСЛЕДНИЕ ДОСТИЖЕНИЯ В ОБЛАСТИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ВАГИНАЛЬНЫХ РОДОВ – ODON DEVICE</b>	
Могоровская А.В., Полишук В.В., Лященко Е.Н.....	19
<b>СЕКЦИЯ №2.</b>	
<b>АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.01).....</b>	<b>25</b>
<b>СЕКЦИЯ №3.</b>	
<b>АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.20).....</b>	<b>25</b>
<b>СЕКЦИЯ №4.</b>	
<b>БОЛЕЗНИ УХА, ГОРЛА И НОСА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.03).....</b>	<b>25</b>
<b>СЕКЦИЯ №5.</b>	
<b>ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА, СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА, ЛЕЧЕБНАЯ.....</b>	<b>25</b>
ПРОБЛЕМЫ АДАПТАЦИИ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ	
Некипелова А.В.....	25
<b>СЕКЦИЯ №6.</b>	
<b>ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.04).....</b>	<b>27</b>
<b>СЕКЦИЯ №7.</b>	
<b>ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.28).....</b>	<b>28</b>
ЗАБОЛЕВАНИЯ БИЛИАРНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ	
Иванова О.Н., Березкина О.Н., Мельчанова Г.М.....	28
<b>СЕКЦИЯ №8.</b>	
<b>ГЕМАТОЛОГИЯ И ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.21).....</b>	<b>31</b>
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ХИМИОТЕРАПИИ И ИСХОДНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК	
Никитина А.К., Сараева Н.О.....	31
<b>СЕКЦИЯ №9.</b>	
<b>ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.30).....</b>	<b>34</b>
<b>СЕКЦИЯ №10.</b>	
<b>ГИГИЕНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.01).....</b>	<b>35</b>
АНАЛИЗ ИНФОРМАТИВНОСТИ ФАКТОРОВ МЕТОДОМ ШЕПАРДА ДЛЯ ВЫБОРА ПРЕДИКТОРОВ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ	
Ефимова Н.В., Горнов А.Ю., Донских И.В., Аникин А.С., Зароднюк Т.С., Елфимова Т.А.....	35
<b>СЕКЦИЯ №11.</b>	
<b>ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.07).....</b>	<b>37</b>
<b>СЕКЦИЯ №12.</b>	
<b>ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.19).....</b>	<b>37</b>
<b>СЕКЦИЯ №13.</b>	
<b>ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.09).....</b>	<b>37</b>
<b>СЕКЦИЯ №14.</b>	
<b>КАРДИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.05).....</b>	<b>37</b>

6. Доброхотова Ю.Э., Джобава Э.М., Озерова Р.И. Неразвивающаяся беременность. М: ГЭОТАР-Медиа 2010;144.
7. Дюжева Е.В., Калинина Е.А., Кузьмичев Л.Н. Иммуногистохимическое исследование эндометрия в программах ВРТ // Вестн. РУДН. Серия «Медицина»: Акуш. и гин. -2009. -№6. -98-104с.
8. Макаров О.В. Невынашивание беременности инфекция, врожденный иммунитет / О. В. Макаров, Л. В. Ковальчук, Л. В. Ганковская, И. В. Бахарева, О. А. Ганковская. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 176 с.
9. Можейко Л.Ф., Тихоненко И.В. Шкала балльной оценки угрозы невынашивания беременности. Министерство здравоохранения Республики Беларусь. Минск, 2009
10. Радзинский В. Е. Неразвивающаяся беременность / В. Е. Радзинский, В. И. Димитрова, И. Ю. Майскова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 200 с.
11. Радзинский В. Е. Ранние сроки беременности / В. Е. Радзинский, А. А. Оразмурадова. – Москва : StatusPraesens, 2009. – 480 с.
12. Сухих Г.Т., Шурушалина А.В. Хронический эндометрит. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
13. Шмагель К.В., Черешнев В.А. Иммунология беременной женщины. М: Медицинская книга 2003;22
14. Шурушалина А. В. Хронический эндометрит: современные подходы к терапии / А. В. Шурушалина // Consilium Medicum. — 2010. — Т. 11, №6.
15. Шурушалина А.В., Демура Т.А. Морфофункциональные перестройки эндометрия в «окно имплантации». Акуш и гинекол 2011; 7: 2: 9—13.
16. Cakmak H., Hugh S. Taylor, Serdar E. Bulun. Molecular Mechanisms of Treatment Resistance in Endometriosis: The Role of Progesterone-Hox Gene Interactions. Semin Reprod Med 2010; 28: 1: 69—74.
17. Carp H. Cytokines in recurrent miscarriage. Lupus 2004;13:630— 634.
18. Colin W., Shaw J.L.V., Burgess S. et al. Ectopic pregnancy as a Model to Identify Endometrial Genes and Signaling Pathways Important in Decidualization and Regulated by Local Trophoblast. PLoS ONE 2011; 6: 8: e23595.
19. Cosimo Tortorella, M.D., соавт. University of Bari, Italy 2014г.
20. Garrido N., Navarro J., Remohi J. et al. The endometrium versus embryonic quality in endometriosis-related infertility. Hum Reprod Update 2012; 1: 95—103.
21. Johnston Macananny E. B. Chronic endometritis is a frequent finding in women with recurrent implantation failure after in vitro fertilization / E. B. Johnston Macananny // Fertil. Steril. — 2009. — N 11.
22. Klimek M., Wicherek L., Popiela T. et al. Changes of maternal ACTH and oxytocinase plasma concentrations during the first trimester of spontaneous abortion. NeuroEndocrinol Lett 2005;26:342—346.
23. Matsuzaki S., Canis M. et al. Экспрессия HOXA-10 в эндометрии середины секреторной фазы у пациенток с бесплодием, ассоциированным с эндометриозом или множественной маткой и бесплодием неясного генеза. Репродчеловек 2010; 14: 2: 91—98.
24. Rackow B.W., Taylor H.S. Submucosal uterine leiomyomas have a global effect on molecular determinants of endometrial receptivity. Fertil Steril 2010; 93: 2027—2034.

## ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА

**Щербина Н.А., Макаренко М.В., Кузьмина И.Ю.**

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Одной из основных причин осложненного течения беременности и родов, а также перинатальной заболеваемости и смертности, является синдром задержки внутриутробного развития плода (СЗРП), который развивается на фоне плацентарной недостаточности [1]. Своевременная диагностика, адекватная профилактика, поиск рациональных методов ведения беременных группы риска по развитию СЗРП и родоразрешение является одной из актуальных проблем современного акушерства [2].

По данным некоторых авторов, в генезе СЗРП лежит эндотелиальная дисфункция (ЭД), обусловленная плацентарной гиперперфузией в результате неполноценной перестройки спиральных артерий, приводящая к морфофункциональным изменениям в плаценте и гемодинамическим нарушениям в системе мать-плацента-плод [3].

По мере нарастания степени тяжести СЗРП перинатальные исходы прогрессивно ухудшаются [4]. Дифференцированный подход к акушерской тактике при СЗРП позволяет пролонгировать беременность для улучшения перинатальных исходов [5].

Оксид азота (NO) является мощным полифункциональным биологическим посредником во всех органах и тканях человека и животных, принимающий участие в активации внутриклеточной сигнализации [6].

В организме NO синтезируется из L-аргинина ферментом NO-синтазой (NOS) путем присоединения молекулярного кислорода к концевому атому азота в гуанидиновой группе L-аргинина [7].

Оксид азота принимает участие в механизмах адаптации плода и новорожденного к гипоксии и играет важную роль в обеспечении жизнедеятельности и развития плода в единой системе мать-плацента-плод [8]. В то же время, недостаточная продукция NO способствует формированию патологии фето-плацентарного комплекса и развитию СЗРП, занимающего одно из ведущих мест в структуре перинатальной заболеваемости и смертности [9].

Своевременная диагностика, адекватная профилактика, дифференцированный подход к лечению СЗРП является одной из актуальных проблем современного акушерства и важной медико-социальной задачей [10].

Целью работы явилась разработка схемы дифференцированной терапии СЗРП у беременных с плацентарной недостаточностью на фоне эндотелиальной дисфункции с применением донаторов оксида азота.

Материал и методы исследования

Проведено лечение у 51 беременной с асимметричной формой СЗРП 1 степени, которые были разделены на 2 группы: 1 группа состояла из 24 пациенток, которым проводилась комплексная терапия. Во 2 группу вошли 27 беременных, которым помимо комплексной терапии СЗРП, применялись донаторы оксида азота (Тивортин). Все женщины находились в сроках 32-35 недели беременности.

При УЗИ в сроках 32-35 недель беременности в 1 группе у 88% женщин была определена 1 степень зрелости плаценты и у 12% пациенток – II-III степень зрелости. Нарушений кровотока и изменений КТГ не было обнаружено.

Во 2 группе беременных при УЗИ на тех же сроках, что и в 1 группе, у 53% беременных степень зрелости плаценты соответствовала 2-3 степени, у 15 пациенток отмечалось нарушение маточно-плацентарного кровотока, при сохраненном плодово-плацентарном кровотоке (1 А ст.), нарушение плодово-плацентарного кровотока (ППК) при сохраненном маточно-плацентарном кровотоке (МПК) (1 Б ст.) отмечалось у 5 беременных. У остальных наблюдавшихся женщин 2 группы нарушений кровотока не отмечалось.

На кардиотокограмме (КТГ) плода у беременных обращали внимание, прежде всего, на наличие монотонного типа, снижение вариабельности базального ритма, числа акцелераций, их амплитуду и продолжительность, появление депелераций.

Комплексная терапия при СЗРП состоял из: лечения основной патологии беременности (экстрагенитальная или акушерская патология, вызвавшую развитие ФПН), диеты, богатой белком и витаминами, физиотерапевтического лечения (диатермию окологреческой области до 10 сеансов в чередовании с УФО), препаратов, влияющих на энергетический обмен беременной (глутаминовая кислота по 1,0 г х 3 раза в день, метионин по 0,25 - 0,5 г х 3 раза в день), кокарбоксилазы по 50 мг в/м ежедневно, вазоактивных препаратов (трентал, эуфиллин) внутривенно на глюкозе или физиологическом растворе, или внутрь, эрбисол по 1 мл в/м х 2 раза в день, эсенциале по 2 мл в/в 1 раз в день, компламина (теоникол) по 0,15 г внутрь во время еды 3 раза в день, аскорутин по 1 таблетке х 3 раза в день, хофитола по 1 таблетке х 3 раза в день, комплекса полиненасыщенных жирных кислот семейства омега-3 курсом 30 дней. Всем пациенткам, наряду с лечением СЗРП, проводили терапию, направленную на улучшение фетоплацентарного кровотока (дезагреганты, β-миметики, антикоагулянты).

Бережным 2-й группы, помимо комплексной терапии, назначали донаторы оксида азота (Тивортин), который снижает генерализованный спазм сосудов, ликвидирует периферическое сопротивление, нормализует внутрисосудистые нарушения, приводящие к развитию СЗРП [11].

Тивортин (L- аргинин) является незаменимым донатором оксида азота (NO), который поддерживает нормальное функционирование эндотелия. Проникая из эндотелиальных в гладкомышечные клетки сосудистой стенки, NO способствует расслаблению сосудов (вазодилатации), угнетает агрегацию тромбоцитов и пристеночное тромбообразование. Тивортин нормализует сосудистый тонус, препятствует развитию ЭД, вследствие снижения эндотелий-зависимой вазодилатации или патологической вазоконстрикции.

Тивортин назначался по 100 мл 1 раз в день в течение 10 дней в/в, с последующим переходом на пероральную форму Тивортин аспарат по 5 мг 3 раза в день 2 недели.

## Результаты и их обсуждение

После двух недель лечения в III триместре беременности средняя масса детей при рождении в I группе составила  $2230,42 \pm 68,3$  г, при росте  $42,93 \pm 2,12$  см, во 2-й группе - масса тела была  $2728,21 \pm 56,7$  г, рост  $49,14 \pm 1,09$  см.

Эхография во 2 группе женщин выявила следующую динамику роста плодов: - до начала лечения БПР в среднем по группе был  $81,7 \pm 0,3$  мм (73-85 мм); через две недели БПР был  $85,5 \pm 0,2$  мм (78-90 мм). Прирост показателя составил 3,8%. Исходная длина бедренной кости была  $58,9 \pm 1,2$  мм (49-65 мм), после лечения  $64,3 \pm 0,9$  мм (55-70 мм). Прирост показателя составил 6,94%. Длина окружности туловища плода до начала комплексной терапии с Тивортином была  $188,4 \pm 3,3$  мм (248-270 мм), через 2 недели после лечения -  $284,43 \pm 4,6$  мм (265-301 мм). Прирост показателя был 50,9%, что является статистически значимым критерием прибавки веса плода за счет увеличения размеров его туловища. В свою очередь это является проявлением роста паренхиматозных органов и жировой клетчатки плода.

Эхография в I группе женщин после проведения комплексной терапии СЗРП выявила следующую динамику роста плодов: прирост показателя БПР плода в 1-й группе беременных, по данным эхографии, составил 2,88%, длины бедренной кости 4,8%, окружности туловища - 38,1%, что является достоверно ниже ( $p < 0,01$ ), по сравнению с показателями 2-й группы беременных, получавших вместе с комплексной терапией Тивортин.

Во второй группе наблюдения после проведенной терапии происходила нормализация кровообращения в системе мать-плацента-плод, по данным доплерокардиографии. Нарушений кровотока и изменений КТГ не было обнаружено.

Сроки и методы родоразрешения зависели от осложнений течения беременности, состояния плода и эффективности проводимой терапии. Своевременные роды, у наблюдавшихся пациенток, наступили в 68,7%, преждевременные - в 31,3% наблюдений.

Путем операции кесарево сечение были родоразрешены 18,5% беременных 1-й группы и 16,4% беременных 2-й группы. Показаниями для оперативного родоразрешения были неправильное положение плода, тазовое предлежание, аномалии родовой деятельности, анатомически узкий таз. У остальных женщин роды были проведены через естественные родовые пути. Продолжительность родов составила в среднем для первородящих 11 ч 42 мин, для повторнородящих 6 ч 47 мин. Во втором периоде родов всем пациенткам была произведена эпизиотомия.

Состояние детей в обеих группах наблюдения в большинстве случаев была удовлетворительной (оценка по шкале Апгар 8-9 баллов), при родоразрешении через естественные родовые пути легкая асфиксия (оценка по шкале Апгар 6—7 баллов) отмечена у 20,4% детей, а при кесаревом сечении — у 4,2%. Тяжелая асфиксия ни в одном случае не наблюдалась.

Полученные клинические результаты свидетельствуют о положительном воздействии донаторов оксида азота на трофику и дыхание в организме плода, что обуславливает благоприятный исход родов.

## Выводы

Дифференцированная тактика лечения СЗРП является резервом снижения рождения детей с низкой массой тела и способствует повышению качества оказания медицинской помощи беременным и новорожденным. При СЗРП показано включение в схему терапии донаторов оксида азота (L-аргинина), способствующих снижению ЭД, нормализации гемодинамики в системе мать-плацента-плод, улучшению трофических характеристик плаценты, перинатальных исходов и хорошей адаптации новорожденных в раннем неонатальном периоде.

Тивортин в комплексной терапии СЗРП улучшает маточно-плодово-плацентарный кровоток, снижает ЭД и способствует значительному темпу роста плода, что позволяет пролонгировать беременность до оптимального срока родоразрешения.

## Список литературы

1. Валид М. С. А. Комплексная оценка функционального состояния системы мать-плацента-плод у беременных с задержкой внутриутробного развития плода: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Краснодар, 2006. 22 с.
2. Касабулатов Н.М. Плацентарная недостаточность // РМЖ. 2004. Т. 12, № 13. С. 808-811.
3. Серов В.Н. Синдром задержки развития плода // РМЖ. 2005. Т. 13, № 1. С. 31-33.
4. Флоренсов В.В. Патогенетические механизмы задержки внутриутробного развития плода (профилактика, диагностика и акушерская тактика): Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. Иркутск, 2004. 44 с.
5. Перетятко Л.П., Сотникова Н.Ю., Кудряшова А.В., Веденева М.В. Морфо-функциональные взаимосвязи в послее при синдроме задержки развития плода // Russian J. of Immunology. - 2005.-Vol.9, Suppl. 2.- P. 177.

6. 6.Rajashekhar G., Loganath A., Roy A.C., Wong Y.C. Over-expression and secretion of angiogenin in intrauterine growth retardation placenta // Mol. Reprod. and Developm. 2003. - V.64. - P.397-404.
7. 7.Сотникова Н.Ю., Веденева М.В., Посисеева Л.В., Кудряшова А.В. Генная регуляция иммунного апоптоза в периферической крови при синдроме задержки развития плода // Ж. «Медицинская иммунология»,-2005 -т.7., № 2-3.-С. 191.
8. Черемисин А. Е. Особенности ведения беременности и родоразрешения
9. пациенток с задержкой роста плода / О.А. Леванова, И.Р. Веккер, Л.С. Кузь менко, А.Б. Константинова, А.Е. Черемисин // Информационный архив. 2009. - Т.3.-№4.-С.40-41.
10. 9.Lindqvist P., Grenner L., Marsal K. Epidermal growth factor in maternal urine -predictor of intrauterine growth restriction. // Early Hum. Dev. 2009. - V.56. -P.143-150.
11. 10.Черемисин А.Е. Диагностические возможности доплерографии в системе мать-плацента-плод при задержке роста плода / И.В. Пахомов, О.Д. Константинова, Л.В. Грушина, А.Е.Черемисин // Материалы IV регионального научного форума "Мать и дитя". - Екатеринбург.-Меди Экспо.-2010.-С.225-226.
12. Waller O.K., Lustig L.S., Cunningham G C et al. The association between maternal serum alpha-fetoprotein and preterm birth, small for gestational age infants, preeclampsia, and placental complications.//Obstet Gynecol.- 2006. - 88: 5: 816-822.

## ПОСЛЕДНИЕ ДОСТИЖЕНИЯ В ОБЛАСТИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ВАГИНАЛЬНЫХ РОДОВ - ODON DEVICE

**Могоровская А.В., Полищук В.В., Ляшенко Е.Н.**

Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского, г.Симферополь

Наша статья посвящена новому устройству для экстракции плода, разработанному аргентинским механиком Хорхе Одон под названием Odon Device, которое по мнению экспертов ВОЗ может быть более безопасной альтернативой ныне существующим инструментам для проведения оперативных вагинальных родов.

Безусловно, изобретение вакуум-экстрактора было своего рода революцией в оперативном акушерстве. Изобретение "аэротрактора" Симпсона датировано 1849 годом. Первая современная модель вакуум-экстрактора была сконструирована югославским акушером Финдерле (Finderle) в 1954 году. Однако, предложенная в 1956 году конструкция вакуум-экстрактора Мальстрема, получила наиболее широкое распространение. Шли годы и оригинальное изобретение видоизменялось (на смену более травматичным металлическим чашечкам пришли менее травматичные – пластиковые), расширились показания для данной операции. Вакуум-экстракция на данный момент рассматривается не только как одна из разновидностей родоразрешающих операций, уменьшающих продолжительность второго периода родов, но и как вариант хирургического пособия во время операции кесарево сечение для быстрого и бережного выведения головки плода. На данный момент самой современной и прочно вошедшей в рутинную практику акушера-гинеколога моделью стали карманные вакуумные устройства, такие как KIWI Omni Cup, так как они просты в использовании. Но при всех достоинствах данного метода родоразрешения нельзя забывать и об осложнениях, которые при правильном использовании составляют 0,1-3 случая на 1000 процедур экстракции.

Изобретение Odon Device.

Но как не странно, идея принципиально нового устройства пришла в голову не акушеру-гинекологу, не физику, а автомеханику из Аргентины - Хорхе Одон, который придумал, создал и запатентовал принципиально новое приспособление для облегчения процесса родов, одобренное Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) «как простой, дешевый, эффективный и более безопасный для матери и плода заменитель акушерских щипцов и вакуум-экстракции» [1].

Идея пришла 59-летнему Хорхе Одону (Рисунок 1), по его словам, во сне, после того, как он посмотрел на сайте YouTube видео, посвященное способу извлечения пробки, провалившейся в винную бутылку.



# **ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ И ФАРМАКОЛОГИИ**

**Сборник научных трудов по итогам международной  
научно-практической конференции**

**г. Ростов-на-Дону  
2014г.**

Печатается в авторской редакции  
Компьютерная верстка авторская

Подписано в печать 03.08.2014.  
Формат 60×90/16. Бумага офсетная. Усл. печ. л. 22,0.  
Тираж 550 экз. Заказ № 1307.

Отпечатано по заказу ИЦРОН в ООО «Ареал»  
603000, г. Нижний Новгород, ул. Студеная, д. 58