

ные невозможностью коитуса, либо болями во время него. Обследуемые 25,7% до и 40% после операции не живут половой жизнью, а 25,7% отмечают уклонение от половых отношений, что связано как с возрастом, так и с боязнью рецидива. Чувство дискомфорта во время полового акта отмечают 64,3% независимо от операции, но после хирургической коррекции выраженная интенсивность дискомфорта сохраняется лишь у 12,9%. Чувство сексуальной неудовлетворенности и непривлекательности уменьшается соответственно с 18,6 до 8,6 и с 17,1 до 5,7%.

Таким образом, анализ проведенных нами исследований свидетельствует об исходном понижении качества жизни больных с ОиВВПО. При этом наиболее выражено ухудшение таких показателей, как общая самооценка, психическое состояние и сексуальная активность. Хирургическая коррекция пролапса гениталий улучшает показатели качества жизни. Темпы повышения этих показателей увеличиваются при сочетании оперативного лечения с ЗГТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Краснопольский, В.И. Комбинированное лечение больных с опущением и выпадением половых органов. Рос. Вестн. акушера-гинеколога. – 2004 - №1. – с.61-64.
2. Макаева, З.З. Особенности пролапса гениталий у женщин репродуктивного возраста. – Канд. Дис. М., 2005 ст.21.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ГЕСТАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ паритета РОДОВ

*Колесникова Т.А. **, Егорова Т.Ю. *, Новицкая Т.В. *,
Недвецкая И.И. ***

УО «Гродненский государственный медицинский университет»*
УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»**

Масса тела во многом определяется количеством жировой ткани – одного из базовых участников обмена веществ, конечный результат которого состоит в достижении и поддержании постоянства энергетического потенциала целостной биосистемы организма. Ожирение, являясь универсальным маркером

нарушения метаболических и нейрогуморальных процессов, оказывает значительное влияние на адаптацию организма к изменениям, связанным с беременностью, и нарушает ее физиологическое течение. По данным литературы, практически 60% многорожавших женщин имеют ожирение, причем, у половины из них наблюдается II и III степень.

Нами проанализировано течение беременности, родов и послеродового периода у 70 женщин с алиментарно-конституциональным ожирением. Диагноз алиментарно-конституционального ожирения устанавливали путем тщательного изучения анамнеза, осмотра эндокринолога, терапевта, клинко-лабораторных исследований, что позволило исключить беременных с вторичными формами ожирения и другими патологическими фоновыми заболеваниями. Основную группу из 50 беременных составили многорожавшие (паритет родов 3 и более) женщины с ожирением, контрольную – 20 женщин.

Ожирение I степени зарегистрировано у 40% основной группы и 34,5% контрольной, II степени – у 30,3% и 35,5%, III степени – у 29,7% и 30% соответственно. Время развития ожирения примерно совпадало в обеих группах: 63% женщин страдали ожирением с детства, 12% с периода полового созревания, 25% - со времени беременности и после родов. Нарушение менструальной функции наблюдалось у 40,3% многорожавших и 29,5% повторнорожавших. Отягощенный акушерский анамнез в виде самопроизвольных выкидышей, гипотонических маточных кровотечений, гестоза, аномалий родовой деятельности имел место у 80,7% женщин основной группы и 49,9% в контрольной группе. Частота фоновой патологии у многорожавших составила 63,3%, что значительно выше в сравнении с беременными с низкой кратностью родов, у которых она составляет 47,5%. Основную долю в экстрагенитальной патологии у женщин основной и контрольной группы занимает железодефицитная анемия – 72,8% и 48% и заболевания почек 30,7% и 21,5% соответственно.

Свидетельством снижения иммунологической и неспецифической резистентности организма является высокий уровень гинекологических заболеваний в анамнезе у 61,6% жен-

щин основной группы, что в 1,5 раза выше, чем контрольной группе 39,5% .

Гестоз – наиболее тяжелое осложнение беременности у тучных женщин, частота его была велика в обеих группах 73,3% и 67,5% соответственно, однако, в основной группе наблюдалось более тяжелое его течение, коррелирующее также со степенью ожирения. Родовой акт протекал на фоне несвоевременного излития околоплодных вод в 38,2% случаев у многорожавших женщин, в сравнении с 29,5% в контрольной группе, слабость родовой деятельности также преобладала у женщин основной группы и составила 32,4%. Путем операции кесарева сечения были родоразрешены 24,3% женщин основной группы и 34,5% контрольной. У 31,6% многорожавших женщин имело место рождение крупного плода, у перво- и повторнородящих в 12,5%. При проведении доплерометрического исследования гемодинамики в системе мать – плацента – плод, систоло- диастолическое отношение (СДО) в маточной артерии с увеличением срока гестации повышалось до $2,45 \pm 0,1$ в особенности, при II и III степени ожирения, а в 72,8% случаев сопровождалось появлением дикротической выемки в спектре кровотока, что подтверждает изменения в маточноплацентарном звене. В контрольной группе СДО к доношенному сроку беременности составлял $2,40 \pm 0,02$, что доказывает развитие хронической фетоплацентарной недостаточности и у данной категории женщин. Клинически это подтверждается рождением детей с хронической внутриутробной гипоксией в 56,6% случаев у многорожавших и в 47,5% - у перво- и повторнородящих.

Таким образом, вышеописанные осложнения беременности и родов, достоверно чаще встречающиеся у многорожавших женщин с ожирением, чем у тучных женщин с низкой кратностью родов, создают предпосылки для дальнейшего изучения влияния нарушений жирового обмена на течение гестационного процесса, возможности прогнозирования, профилактики и поиск резервов для снижения частоты осложнений гестации у данной категории женщин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко, В.В. Беременность и роды высокого риска. – М.:МИА, 2004. - 398с.

2. Дуда, И.В., Дуда, В.И. Клиническое акушерство / И.В.Дуда, В.И.Дуда. – Мн.: Выш.шк., 2005. – 326с.

БРЮШНОТИФОЗНЫЙ ПЕРИТОНИТ

Колоцей В.Н., Гукова Н.Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Центральный госпиталь провинции Уамбо, г. Уамбо, Ангола

Наиболее часто встречающейся причиной развития перитонита в Анголе является брюшной тиф. Как известно, заболевание вызывается грамотрицательной палочкой *Salmonella typhi*. Пролиферативно-воспалительная реакция в стенке кишки при вовремя и правильно проведенном лечении может закончиться выздоровлением. При отсутствии лечения – возникает некроз стенки кишки с исходом в перфорацию и развитием перитонита. Смертность от данного заболевания находится на пятом месте после смертности от таких заболеваний как малярия, острые диарейные заболевания, холера и туберкулез.

Почти у 90 % больных при поступлении в стационар диагноз «Перитонит» не вызывал сомнения, однако 10 % больных потребовались дополнительные обследования (ультрасонография, рентгенография брюшной полости, реакция Видаля).

Дифференциальная диагностика в первую очередь должна быть проведена с таким заболеванием как малярия. При анализе историй болезни большинство больных поступали в госпиталь именно с этим диагнозом. Диагноз при типично протекающей болезни и подтвержденный лабораторно, как правило не вызывает сомнений. Однако у хронически инфицированных больных поставить диагноз и провести дифференциальную диагностику, когда симптомы того или иного заболевания не выражены, а результаты лабораторных обследований неопределенны или отрицательны довольно затруднительно. В этих случаях диагностика основывается на тщательно собранном анамнезе и осмотре больных. А в случаях, когда нельзя отвергнуть диагноз малярии, проводится превентивное лечение заболевания противомаларийными препаратами.