

ВЛИЯНИЕ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И РАННЕЙ АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Павлюкевич А.В., Шерешик Т.С., Черноокая Т.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии №2

*Научный руководитель - доктор медицинских наук, доцент Шейбак Л.Н.
УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г.Гродно»*

*Научные руководители - кандидат медицинских наук Бут-Гусаим Л.С.;
кандидат медицинских наук Нечипоренко А.Н.*

Отрицательное влияние острого пиелонефрита у женщин на течение беременности, родов и состояние новорожденных уже хорошо известно. Однако частота и тяжесть акушерских осложнений и патологических состояний новорожденных остаются неуточненными и, по данным различных авторов, отмечаются с неодинаковой частотой. В связи с этим изучение вопроса остается актуальной проблемой клинического акушерства и неонатологии.

Цель исследования. Анализ особенностей влияния острого пиелонефрита на течение беременности, родов и состояние новорожденных.

Материал и методы. Проведен анализ историй родов 50 женщин, перенесших атаку острого пиелонефрита в различные сроки беременности и находившихся на стационарном лечении в урологическом отделении БСМП, а также 50 историй развития их новорожденных детей.

Результаты и обсуждение. Все беременные при развитии острого пиелонефрита были госпитализированы в урологическое отделение, где диагноз острого пиелонефрита был подтвержден клинически, лабораторно и данными УЗИ. Острый серозный пиелонефрит был диагностирован у 48 (96%), острый гнойный пиелонефрит - у 2 (4%). Нарушение оттока мочи из пораженной почки, по данным УЗИ, имело место у 18. Пациентки получали лечение в виде позиционной терапии, восстановления оттока мочи из пораженной почки катетеризацией лоханки или установкой внутреннего стента. Антибактериальная терапия проводилась с учетом срока беременности и чувствительности к антибиотикам. Купировать атаку острого пиелонефрита удалось у 48 женщин (96%). У 2(4%) больных лечение оказалось неэффективным и, соответственно, выполнено хирургическое вмешательство в виде нефростомии и декапсуляции.

У 47 (94%) женщин беременность закончилась срочными родами, у 2 (4%) роды были преждевременными и у 1 (2%) произошла гибель плода. У 19 (38%) беременных произошло преждевременное или раннее излитие околоплодных вод. 12 (24%) женщин поступили для родоразрешения с анемией различной степени. Хроническая внутриутробная гипоксия плода выявлена у 10 (20%). У 10 (20%) женщин проведено родоразрешение путем кесарева сечения по акушерским показаниям.

У 13 (26%) новорожденных в ранний неонатальный период выявлены синдром внутриутробного инфицирования, врожденный везикулез, врожденная пневмония. 8 детей переведены в ГОДКБ для дальнейшего лечения.

Выводы:

1. Наиболее частым акушерским осложнением, к которому приводит острый пиелонефрит, является преждевременное и раннее излитие околоплодных вод.
2. У новорожденных детей от матерей с пиелонефритом в период беременности в 26% случаев диагностируется внутриутробное инфицирование.

3. Профилактика острого пиелонефрита у беременных является залогом снижения частоты акушерских осложнений и заболеваемости новорожденных.

ИССЛЕДОВАНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА В АКСИЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ У СТУДЕНТОВ ГГМУ РАЗЛИЧНОГО ПОЛА

Пальцева Л.И., Краева М.С., Козляк Н.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра нормальной физиологии

Научный руководитель – д.м.н., проф. Зинчук В.В.

Температура тела человека является лабильной константой. Даже в термонеutralных условиях различия температур во внутренних областях составляют 0,2-1,2°C. Известно, что „температурный портрет” изменяется при различных заболеваниях [Ammer K. et al., 2001], при болевом синдроме [Herry C.L. et al., 2004]. Изучалось влияние психорелаксации на температуру тела [Семененя И.Н. и др., 2007]. По мнению одних авторов, у здорового человека температура кожи представляет собой контрлатеральную симметрию [Herry C.L. et al., 2004]. Ряд работ указывают на наличие асимметрии температуры кожи пальцев рук [Kagan J. et al., 2000] и внутришной температуры [Heusch A.I. et al., 2005]. Асимметрия аксиллярной температуры встречается весьма часто (54%), при этом слева она несколько выше, чем справа [Туркина Н.В., Неверова А.В. 2006]. Приводятся данные, что при измерении медицинским термометром она составляет 0,1°C у лиц мужского пола [Усенко Г.А. и др., 2002]. Целью данной работы является исследование асимметрии температуры тела в аксиллярной области, а также ряда антропометрических показателей и статуса вегетативной нервной системы (ВНС).

Исследования проводились на студентах второго курса. Обследовано 346 студентов: 253 женского пола и 93 – мужского в возрасте 19-20 лет. Температура тела измерялась в аксиллярной области справа и слева электронным термометром МТ 1671 (фирма «Микролайф», Швейцария). Измерения проводились однократно, ежедневно, в 11.00. Одновременно регистрировались возраст, а также измерялись рост, вес, толщина жировой складки на животе. Затем рассчитывался должный вес тела с учетом возраста и роста (индекс Контрэкс-1) для выявления избытка или недостатка массы тела. Для определения статуса ВНС проводилась ортостатическая проба (рефлекс Превеля), рассчитывался вегетативный индекс Кердо и проводилась оценка вегетативного статуса с помощью оценочной таблицы. Статистическую обработку значений осуществляли, используя t-критерий Стьюдента.

В полученных нами результатах значения температуры слева и справа у лиц мужского пола составляют: $36,28 \pm 0,04^\circ\text{C}$ (слева) и $36,32 \pm 0,04^\circ\text{C}$ (справа); у лиц женского пола, соответственно, $36,12 \pm 0,03^\circ\text{C}$ и $36,10 \pm 0,03^\circ\text{C}$, что свидетельствует об отсутствии аксиллярной температурной асимметрии. По результатам антропометрического исследования все студенты были разделены на 5 групп: 1 – с нормальной массой тела: 29 (31.2%) и 78 (30.8%); 2 – с избытком массы тела более 5% от должной массы тела: 46 (49.5%) и 128 (50.6%); 3 – с избытком массы тела более 10% от д.м.т.: 29 (31.2%) и 80 (31.6%); 4 – с недостатком массы тела менее 5% от д. м.т.: 18 (19.4%) и 46 (18.2%); 5 – с недостатком массы тела менее 10% от д. м.т.: 12 (12.9%) и 21 (8.3%) лиц мужского и женского пола, соответственно. В выделенных группах также не обнаружено существенных различий значений аксиллярной температуры слева и справа В зависимости от преобладания состояния ВНС студенты были разделены на 3 группы : 1 – с преобладанием статуса симпатической вегетативной нервной системы: 9 (9.7%) и 48 (19.0%); 2 – с преобладанием статуса парасимпатической вегетативной нервной системы: 8 (8.6%) и 12 (4.7%); 3 – нормотоники: 76 (81.7%) и 193 (76.3%),