

чашечно-лоханочной системы и хронического пиелонефрита, сохранность функции почек.

Литература:

1. Довлатян А. А. Оперативное лечение нервно-мышечной дисплазии мочеточника. // Урология. – 2005. - №3. – С. 38-43.
2. Лопаткин Н. А. Руководство по урологии. // М.: Медицина. – 1998. – т. 2. – 356 с.
3. Arena F., Baldari S., Proietto F., et al. Conservative treatment in primary neonatal megaureter. // European J. Pediatric surgery. - 1998. - Vol. 6. - P. 347-351.
4. Dawn L., McLellan, Alan B. Retik, et al. Rate and predictors of spontaneous resolution of prenatally diagnosed primary nonrefluxing megaureter. // The Journal of Urology. – 2002. – Vol. 168. - P. 2177-2180.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

**Юргель Е.О.**

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций

Кафедра акушерства и гинекологии

Научные руководители – к.м.н., доцент М.И. Богуцкий;

к.м.н., доцент Т.Ю. Егорова

Наличие гепатобилиарной патологии и возникновение синдрома желтухи во время беременности всегда рассматривалось как тревожный признак серьезного неблагополучия, угрожающего здоровью женщины и плода [1, 2].

Цель исследования. Изучение характера патологии гепатобилиарной системы у беременных и её влияние на течение беременности и родов.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 72 беременные в возрасте от 19 до 43 лет, средний возраст которых

составил 27,3 года. У 27 женщин данная беременность была первой, у 18 – второй, у 14 – третьей, четвертой – у 5, пятой – у 4 и 3 – шестой. Анамнестически изучены исходы предыдущих беременностей. Обследование включало сбор жалоб, объективный осмотр, исследование крови на содержание билирубина и его фракций, активность АЛАТ и АсАТ, УЗИ плода, УЗИ печени и желчевыводящих путей матери. Наблюдение за течением беременности и сроком наступления родов, особенности родовой деятельности, определяли состояние детей при рождении. Вирусная этиология заболевания подтверждалась исследованием сыворотки крови методом ИФА на HBsAg, анти-HBcIgM, анти-HCV и анти-HAV IgM.

Полученные результаты. Среди обследованных 72 женщин у 52 предыдущие беременности завершились срочными родами. В анамнезе было 9 самопроизвольных аборт, 11 – медицинских аборт, 25 – регуляций менструального цикла и 3 не развивающиеся беременности у женщин исследуемой группы.

В период данной беременности острый гепатит А (ОГА) диагностирован у 7 женщин, острый гепатит В (ОГВ) – у 1, хронический гепатит В (ХГВ) – у 11, хронический гепатит С (ХГС) – у 31, гепатит микст (В+С) – у 1, хронический гепатит невирусной этиологии (ХГ) – у 8. В 13 случаях диагностирован холестаз беременных (ХБ). ОГА в 4-х случаях протекал в легкой форме, в 3-х среднетяжелой. Активность ХГВ и ХГС у всех была низкой.

Гестоз имел место у 12 беременных (ОГА – 3, ХГВ – 2, ХГС – 1, ХГ – 1, ХБ – 5). Преждевременные роды наблюдались в 5 случаях (ОГА – 1, ХГ – 2, ХБ – 2).

Нарастание признаков холестаза беременных и внутриутробной гипоксии плода потребовали родоразрешения путём операции кесарева сечения у 2 женщин в сроки 258 и 271 день, и в 1 случае при наличии ЖКБ с механической желтухой в сроке 249 дней.

Слабость родовой деятельности имела место у 5 (ХГС – 4, ХБ – 1),

несвоевременное излитие околоплодных вод в 32 случаях (ОГА - 3, ХГВ - 5, ХГС - 16, ХГ-3, ХБ – 5).

Пренатальная гипотрофия плода наблюдалась в 5 случаях (ХГС-3, ХГ – 1, ХБ – 1). Маловесные к сроку гестации плоды в 4-х (ОГА – 1, ХГС – 2, ХБ – 1).

Таким образом, характер гепатобилиарной патологии у беременных был достаточно разнообразным и четко прослеживалось отягощающее её влияние на течение беременности и родов, что требует тщательного наблюдения как инфекционистами, так и акушер-гинекологами. Благодаря своевременному родоразрешению пациенток с заболеваниями гепатобилиарной системы не было случаев перинатальных потерь.

Литература:

1. Фарбер Н.А., Мартынов К.А., Гуртовой Б.Л. Вирусные гепатиты у беременных. – М.: Медицина, 1990. – 208 с.

2. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей. – М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. – 860 с.

## **НОРМАЛЬНАЯ АНАТОМИЯ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА ПЛОДОВ И НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ**

**Юрина Е.В., Мордасевич И.В., Насевич Е.В.**

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ю.М. Киселевский

Работ по нормальной анатомии голеностопного сустава у плодов и новорожденных очень мало. Даже в специальных анатомических руководствах строение данного соединения описано весьма скромно. Гораздо чаще описание анатомической картины сустава можно встретить при различных патологических состояниях, например, таких как врожденная косолапость, когда в процесс вовлекаются структурные элементы голеностопного сустава.