

7,0±2,2 часа, у повторнородящих – 5,1±1,2 часа. Продолжительность родов у первородящих составила 7,0±2,2 часа, у повторнородящих – 5,1±1,2 часа. Кровопотеря в родах составила при операции кесарево сечение – 650,0±75,8 мл, при естественном родоразрешении – 250,0±82,8 мл.

Выводы. Патология почек у беременных чаще манифестирует во II триместре. Наблюдается осложненное течение периода гестации с развитием отеков, протеинурии, фетоплацентарной недостаточности, патологией количества околоплодных вод. Несвоевременное излитие околоплодных вод как проявление инфицирования плодных оболочек – основное осложнение родового акта при патологии почек у беременных.

Литература

1. Шипицина, Е. В. Инфекции мочевыводящих путей в акушерстве и гинекологии / Е. В. Шипицина [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. – 2015. – № 6. – С. 91–104.
2. Haider, G. Risk factors of urinary tract infection in pregnancy / G. Haider [et al.] // J Pak Med Assoc. – 2010. – Vol.60., №3. – P. 213–216.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ КРУПНОМ ПЛОДЕ

Метнер М.В., Кисель А.Н.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Научный руководитель: к.м.н., доцент Заборовский Г.И.*

Актуальность. Крупным плодом принято считать ребенка, имеющего массу тела при рождении 4000 г и выше. Частота рождений крупных детей в среднем составляет 10%. Высокий уровень макросомии приводит к росту числа осложнений беременности и родов, перинатальной заболеваемости, материнского травматизма [1].

Цель. Изучить состояние репродуктивного и соматического здоровья, перинатальные исходы при крупном плоде.

Материалы и методы исследования. Исследование базируется на материале 65 случаев рождения крупного плода. В качестве источника информации послужили истории родов, новорожденного, обменные карты организаций здравоохранения.

Результаты. В исследовании принимало участие 65 родильниц, средний возраст которых составил 27,7±0,6 года. Средний вес женщин – 80,5±1,2 кг, средний ИМТ – 28,2±0,5, средний рост – 167,9±0,7 см. Новорожденных было 65, из них 22 девочки и 43 мальчика. Средний вес младенцев – 4261,7±21,3 г, средний рост – 55,9±0,2 см. Среднее начало менархе – 13,2±0,1 года. У 60,0% женщин были выявлены гинекологические заболевания. Эрозия шейки матки диагностирована у 40,0%, кольпит – 12,3%, уреаплазмоз – 10,7%, кондиломатоз вульвы – 9,2%, миома матки и хронический аднексит – по 4,6%. Сопутствующие заболевания имелись у

95,4% беременных: анемия – 24,6%, миопия – 21,5%, нефроптоз, хронический гастрит и варикозное расширение вен – по 10,5%, узловой зоб и гидронефроз – по 9,2%, кариес, острый и хронический ринит – по 4,6%, хронический пиелонефрит – 6,2%, хронический тонзиллит – 4,6%, астигматизм – 3,1%. Гестационный срок колебался в пределах от 266 до 291 и в среднем составил $279,1 \pm 0,7$ дня. Порядковый номер беременности: I – 32,3%, II – 41,5%, III – 18,5%, IV – 4,5%, V и VI – по 1,5%. Порядковый номер родов: I – 38,5%, II – 49,2%, III – 10,8%, VI – 1,5%. В анамнезе были неразвивающаяся беременность и выкидыш у 9,2%, аборт – у 7,7%. Особенности течения текущей беременности: ОРВИ – у 35,4% женщин, анемия легкой степени тяжести – у 20,0, угроза прерывания – у 18,5%, кольпит – у 12,3%, гестоз – у 12,3%, раннее излитие околоплодных вод – у 6,2%, инфекция мочевыводящих путей, обострение хронического пиелонефрита, уреаплазмоз, ложные схватки, однократное обвитие пуповиной – у 3,1%.

Выводы. Крупный плод не является патологией – это фактор риска, при котором необходим более тщательный контроль над ведением беременности и родоразрешением, так как он может существенно осложнить течение родов.

Литература

1. Черепнина, А.Л. Ведение беременности и родов при крупном плоде / А.Л. Черепнина // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2005. – №1. – С. 15–19.

КЛИНИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ПЕРИПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО И КОЛЕННОГО СУСТАВА

Микишко В.В., Федюк Е.Г., Иванцов А.В.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Иванцов В.А.*

Актуальность. Перипротезная инфекция (ППИ) представляет собой одно из наиболее сложных осложнений эндопротезирования, которое длительное время будет находиться в центре внимания. Частота развития инфекционных осложнений после первичного эндопротезирования крупных суставов колеблется от 0,3% до 5%. Однако уровень ППИ может быть существенно выше, поскольку значительная часть инфекций у пациентов с нестабильностью эндопротеза или изолированным болевым синдромом до настоящего времени ошибочно расценивается как асептические случаи.

Цель. Провести анализ перипротезной инфекции после эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов и способов оперативного лечения.

Материалы и методы исследования. Подвергнуты анализу 77 медицинских карт стационарных пациентов, находившихся на лечении в