

3. У женщин репродуктивного возраста с латентной формой дефицита железа через 1,5–2 года ношения ВМК Т-Су-380 для проведения лечебных мероприятий необходимо удаление внутриматочной спирали, в связи с возрастанием содержания уровня малонового диальдегида и циркулирующих иммунных комплексов, а также снижением гаптоглобина в сыворотке крови.

Использованная литература:

1. Алиева Д. А. Особенности репродуктивного здоровья женщин, пользующихся контрацепцией // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. – 2001. - №1. – С. 29-31
2. Бугланов А. А. Клинико-диагностическое значение показателей феррокинетики в сыворотке крови // Клиническая лабораторная диагностика. – 2001. - № 7. - С. 14-16
3. Городецкий В. В., Годулян О. В. Железододефицитные состояния и железододефицитная анемия: диагностика и лечение – 2005. – 40 с.
4. Джаббарова Ю. К., Маликова Г. Б. Железододефицитная анемия в акушерстве и гинекологии: Метод. рекомендации. – Ташкент, 2011. – 27 с.
5. Кузнецова И. В. Внутриматочная контрацепция // Гинекология. – 2008. – Том 10. – С. 1210-1215
6. Маматкулова Д. Ф. К вопросу о частоте железододефицитной анемии среди женщин фертильного возраста // Вестник врача. – Самарканд, 2009. - №5. - С. 52-54
7. Саидкариев Б. К. Преимущества применения ВМС – как надежного метода контрацепции // Вестник врача ВОП. – Самарканд, 2009. – Часть II, №3. – С. 334-335
8. Татарчук Т. Ф., Чернышов В. П., Исламова А. О. Половые стероидные гормоны и иммунная система. - М., 2003. – 38 с.
9. Файзырахманова М. М. Иммунная система женщин репродуктивного возраста, принимающих различные контрацептивы // Педиатрия (Узб.). - Ташкент, 2003. - Спец. вып. - С. 169-171.

Хотамова М.Т.
Исломова М.А.
Шукурлаева Ш.Ж.
Хамдамов И.Б.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД РОДОВ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Бухарский государственный медицинский институт

Перинатальная заболеваемость и смертность чаще всего обусловлены экстрагенитальными заболеваниями и осложнениями беременности. В последние годы ряд авторов отмечает возрастание частоты пиелонефрита во время беременности от 2-3% до 10% (1,2,3). При хроническом пиелонефрите во время беременности создаются весьма благоприятные условия для инфицирования плода и развития позднего токсикоза беременных, чем объясняется высокая перинатальная смертность.

Целью нашей работы явилось изучение особенностей течения беременности и родов у женщин с хроническим пиелонефритом, выбор методов и сроков лечения для снижения процента осложнений у матери и новорожденного.

В связи с этим нами изучено течение беременности и исход родов у 31 женщины с хроническим пиелонефритом:

1. 1-группа женщин с хроническим заболеванием почек у 23 больных установлено в условиях женской консультации.

2. 2-группа женщин обследована в стационаре - 8 беременных. Беременные 1 группы получали амбулаторно от 1 до 3х курсов комплексного лечения хронического пиелонефрита, включающего диету-витамино-терапию, антибиотики, препараты нитрофуранового ряда. Курс лечения продолжается от 1 до 3х недель.

У 9 женщин пиелонефрит выявлен впервые при данной беременности, у 22-длительность заболевания варьировала от 1 до 5 лет. У 12 больных хронический пиелонефрит диагностирован во 2-м триместре беременности, у 19-в 3-м триместре, у 8-беременных хронический пиелонефрит был впервые выявлен в сроки 36-38 недель в стационаре, где они находились на лечении по поводу преэклампсии.

Хроническое воспитательное заболевание почек у беременных выявлено на основании общеклинического обследования и лабораторных исследований мочи по методу Нечипоренко или Аддис-Каковского.

При изучении течения беременности у 31-женщин установлено, что наиболее частым и тяжелым осложнением на фоне пиелонефрита была преэклампсия. Так, преэклампсия имела место у 21

(67,7%) беременных, при чем у 18 женщин признаки его появились рано (с 26 недели беременности) и характеризовались наличием отеков и протеинурии в 3-м триместре, к ним присоединилась гипертония.

В группе женщин получивших во 2 и 3 триместре комплексную терапию хронического пиелонефрита наблюдались более легкое течение преэклампсии протеинурия быстро исчезала.

В случае, когда хронический пиелонефрит был диагностирован после развития преэклампсии как правило, протекала в тяжелой форме. При этом характерным являлось раннее возникновение преэклампсии и отсутствие должного эффекта от проводимого лечения, протеинурия сохранялась длительно, даже после родов.

Беременность закончилась срочными родами у 19 женщин, преждевременными - у 12.

В связи с тяжелой формой преэклампсии трудно поддающейся терапии, досрочное родоразрешение в 34-36 недель беременности произведено у 12 женщин.

Роды осложнились частичной преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты у 3 (9,7%) женщин, слабостью родовой деятельности у 3 (9,7%) женщин. Кровотечение в III и раннем послеродовом периоде наблюдалось у 2 (6,5%) женщин.

Кесарево сечение произведено 5 беременным по поводу тяжелой преэклампсии. С оценкой по шкале Апгар 4-5 баллов родилось 4 детей, 6 баллов у 9 детей, 8 баллов у 16 детей. Более высокие баллы по шкале Апгар в основном были у детей, родившихся от матерей, получивших на протяжении беременности 2-3 курса комплексного лечения.

Мертворождаемость имела место у 3 рожениц, страдающих хроническим пиелонефритом. У 2 из них была сочетанная форма преэклампсии. На 4-5 сутки умерло от пневмонии 2 недоношенных новорожденных. Выраженная гипотрофия наблюдалась у 2 мертворожденных и 2 умерших новорожденных.

Выводы. Таким образом, перинатальная смертность составила 9,6% , при чем в группе женщин, прошедших лечение хронического пиелонефрита женской консультации до развития преэклампсии, этот показатель был в 8 раз ниже, чем в группе женщин у которых хронический пиелонефрит был выявлен только при развитии преэклампсии проведенные исследования показали, что хронический пиелонефрит играет важную роль в развитии преэклампсии у беременных.

В профилактике указанных осложнений первостепенное значение имеет раннее выявление хронического пиелонефрита и рациональное его лечение. С этой целью в женской консультации должна быть выделена и подвергнута углубленному обследованию группа беременных «угрожаемых» на латентно протекающий пиелонефрит:

- а) страдающих хроническим тонзиллитом,
- б) перенёсших преэклампсию при предыдущих беременностях,
- в) с указанием на заболевание почек в анамнезе.

Использованная литература:

1. Шехтман М. М. ЭГЗ и беременность. 2003, Минск.
2. Серов В. Н. Практическое акушерство. 1989, Москва.
3. Сабуров В. И. Акушерский семинар. 1994.

ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВ

Ходжаева А.С.,
Мухамедова Р.З.

Ташкентский институт усовершенствования врачей
Бухарский городской родильный комплекс №1

Актуальность проблемы. Здоровью молодежи Республики Узбекистан в частности репродуктивному здоровью девочек – подростков, уделяется большое внимание в государственной политике.

Вместе с тем анализ изученных и официальных статистических данных показывает, что несмотря на проводимые многочисленные исследования различных аспектов здоровья детей, отсутствуют научные исследования, посвященные изучению региональных особенностей полового созревания девочек-подростков. При этом подразумевается проведения исследования не только в городах, но и сельской местности с учетом местной специфики. Различия в экологии, своеобразии